

**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

**EVALUASI TINGKAT KAPABILITAS SISTEM INFORMASI  
MANAJEMEN RUMAH SAKIT (SIMRS) BERDASARKAN  
FRAMEWORK COBIT 5 (MEA01)**

**TUGAS AKHIR**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat  
untuk Memperoleh Gelar Sarjana Komputer pada  
Program Studi Sistem Informasi

Oleh:

**RAHMA SARI SYAFITRI**

**11653201378**



UIN SUSKA RIAU

**FAKULTAS SAINS DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SULTAN SYARIF KASIM RIAU  
PEKANBARU  
2021**



1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

## LEMBAR PERSETUJUAN

### EVALUASI TINGKAT KAPABILITAS SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT (SIMRS) BERDASARKAN FRAMEWORK COBIT 5 (MEA01)

#### TUGAS AKHIR

Oleh:

**RAHMA SARI SYAFITRI**  
**11653201378**

Telah diperiksa dan disetujui sebagai laporan tugas akhir  
di Pekanbaru, pada tanggal 30 Januari 2021

Ketua Program Studi

**Idria Maita, S.Kom., M.Sc.**  
**NIP. 197905132007102005**

Pembimbing

**Megawati, S.Kom., MT.**  
**NIK. 130508038**





1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

## LEMBAR PENGESAHAN

### EVALUASI TINGKAT KAPABILITAS SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT (SIMRS) BERDASARKAN FRAMEWORK COBIT 5 (MEA01)

#### TUGAS AKHIR

Oleh:

**RAHMA SARI SYAFITRI**

**11653201378**

Telah dipertahankan di depan sidang dewan penguji  
sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Komputer  
Fakultas Sains dan Teknologi Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau  
di Pekanbaru, pada tanggal 24 Desember 2020

Pekanbaru, 24 Desember 2020  
Mengesahkan,

Dekan



**Dr. Drs. Ahmad Darmawi, M.Ag.**  
**NIP. 196606041992031004**

Ketua Program Studi

**Idria Maita, S.Kom., M.Sc.**  
**NIP. 197905132007102005**

#### DEWAN PENGUJI:

**Ketua : Arif Marsal, Lc., MA.**

**Sekretaris : Megawati, S.Kom., MT.**

**Anggota 1 : Idria Maita, S.Kom., M.Sc.**

**Anggota 2 : Syaifullah, SE., M.Sc.**

*(Signatures of the Jury Members)*



## LEMBAR HAK ATAS KEKAYAAN INTELEKTUAL

Tugas Akhir yang tidak diterbitkan ini terdaftar dan tersedia di Perpustakaan Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau adalah terbuka untuk umum, dengan ketentuan bahwa hak cipta ada pada penulis. Referensi kepustakaan diperkenankan dicatat, tetapi pengutipan atau ringkasan hanya dapat dilakukan atas izin penulis dan harus dilakukan mengikuti kaedah dan kebiasaan ilmiah serta menyebutkan sumbernya.

Penggandaan atau penerbitan sebagian atau seluruh Tugas Akhir ini harus memperoleh izin tertulis dari Dekan Fakultas Sains dan Teknologi, Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau. Perpustakaan dapat meminjamkan Tugas Akhir ini untuk anggotanya dengan mengisi nama, tanda peminjaman dan tanggal pinjam pada *form* peminjaman.

### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.





## LEMBAR PERNYATAAN

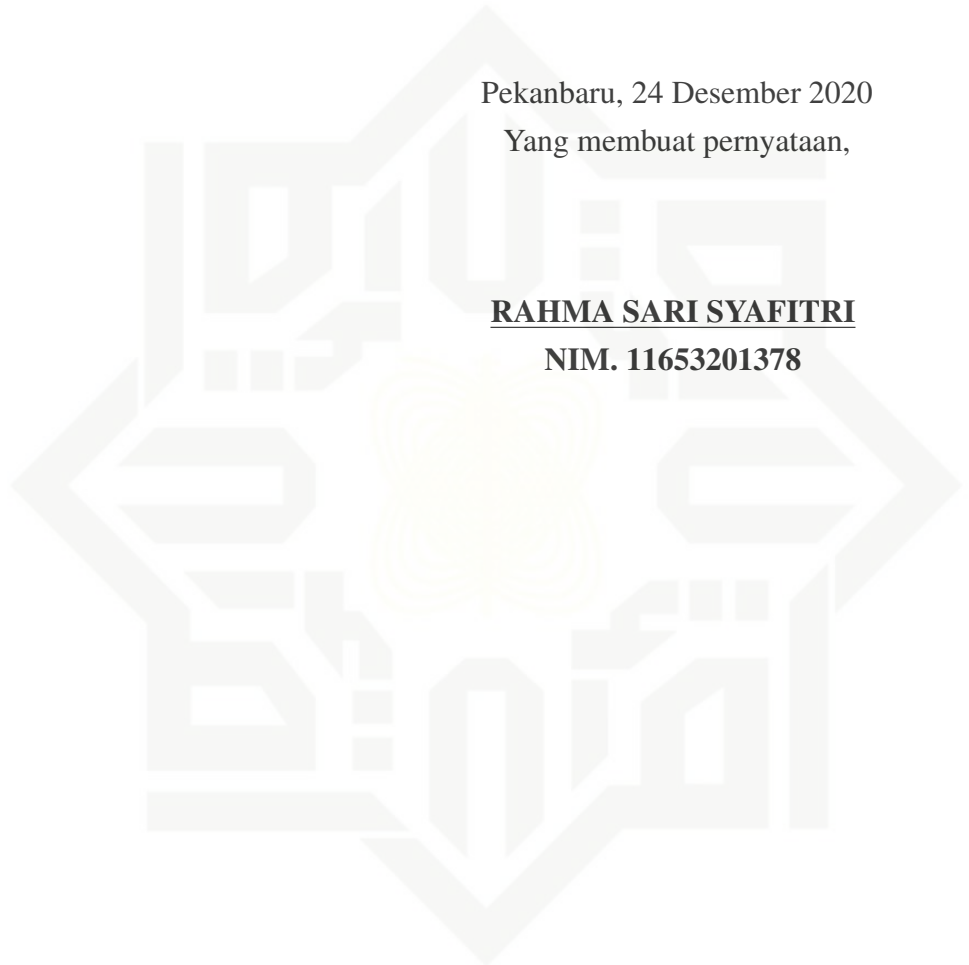
Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Tugas Akhir ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan di dalam daftar pustaka.

Pekanbaru, 24 Desember 2020

Yang membuat pernyataan,

**RAHMA SARI SYAFITRI**

**NIM. 11653201378**



UIN SUSKA RIAU

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.

b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.



**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

## LEMBAR PERSEMBAHAN



“Allah, tiada Tuhan melainkan Dia, Yang Maha Hidup, Maha Berdiri Sendiri, yang karena-Nya segala sesuatu ada” (QS. Ali Imran: 2)

Terima kasih Allah SWT Karena-Mu kesulitan itu sirna. Karena-Mu kemudahan itu tiba. Karena-Mu Tugas Akhir ini ada. Ya, karena-Mu segala sesuatu ada. Semoga Engkau senantiasa meneguhkan imanku, meluruskan niatku, menundukkan kepalaku hanya kepada Engkau, Sang Penguasa Semesta.

“Dan taatlah kepada Rasul supaya kamu diberi rahmat” (QS. An-Nuur: 56)

Nabi Muhammad SAW, teladan dari segala keteladan. Izinkan aku untuk menjadi pengikut setia, yang senantiasa menyerukan nama-Mu dan Tuhan-Mu, yang senantiasa meneladani perilaku-Mu, sehingga aku termasuk ke dalam orang-orang yang diberi safaat ketika hari akhir nanti.

“Wahai Tuhanku, kasihilah mereka keduanya, sebagaimana mereka berdua telah mendidik aku ketika kecil” (QS. Al Israa’: 24)

Karya yang sederhana ini, saya persembahkan untuk orang tua tercinta, sebagai wujud rasa terima kasih atas pengorbanan dan jerih payah kalian sehingga saya dapat menggapai cita-cita. Apa yang saya dapatkan hari ini, belum mampu membayar semua kebaikan, keringat, dan juga air mata bagi saya. Untuk kakak ku, abg ipar dan keponakan kecil ku tercinta terima kasih untuk persaudaraan yang saling memotivasi dan melengkapi. Kelak cita-cita saya ini akan menjadi persembahan yang paling mulia untuk keluargaku dan semoga dapat membahagiakan kalian semua. Semoga selanjutnya cita-cita mimpiku terwujud, dan menjadi jalan untuk masa depan yang lebih cerah. Aaamiiin.



## KATA PENGANTAR



Assalammualaikum Wr.Wb.

Alhamdulillah, segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah memeberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini. Shalawat beserta salam penulis kirimkan buat junjungan Nabi Muhammad SAW yang telah membawa umatnya dari alam jahiliyah menuju alam yang penuh cahaya keimanan dan ilmu pengetahuan.

Dalam menyelesaikan tugas akhir ini penulis menyadari begitu banyak bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih dan Do'a Kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Suyitno., M.Ag., sebagai Plt Rektor Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau.
2. Bapak Dr. Drs. Ahmad Darmawi, M.Ag., sebagai Dekan Fakultas Sains dan Teknologi.
3. Ibu Idria Maita, S.Kom., M.Sc., sebagai Ketua Program Studi Sistem Informasi dan sebagai dosen penguji I (satu) sidang tugas akhir yang telah memberikan masukan berupa kritik dan saran serta motivasi yang membangun, sehingga penulis bisa menyelesaikan tugas akhir ini..
4. Bapak Eki Saputra, S.Kom., M.Kom., sebagai Sekretaris Program Studi Sistem Informasi.
5. Ibu Zarnelly, S.Kom., M.Sc., sebagai Penasehat Akademik yang telah membimbing serta memotivasi agar penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
6. Ibu Megawati, S.Kom., MT., sebagai dosen Pembimbing yang telah sabar membantu, membimbing, senantiasa mendengarkan keluh kesah saya selama menyelesaikan tugas akhir ini.
7. Bapak Arif Marsal, Lc., MA., sebagai Ketua Sidang yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyelesaian tugas akhir ini.
8. Bapak Syaifullah, SE., M.Sc., sebagai dosen penguji II (dua) sidang tugas akhir yang telah memberikan masukan berupa kritik dan saran serta motivasi yang membangun, sehingga penulis bisa menyelesaikan tugas akhir ini.



#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

© Hak Cipta milik UIN Suska Riau

9. Seluruh Dosen dan Pegawai Sistem Informasi Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau yang telah memberikan ilmu dan wawasan kepada penulis selama perkuliahan.
  10. Direktur Rumah Sakit dan Segenap karyawan Rumah Sakit Syafira, yang telah mengizinkan penulis melakukan penelitian serta membantu menyelesaikan tugas akhir ini.
  11. Untuk Orang tua tercinta, Apa Bohiran dan Ama Elmiza, yang selalu mendoakan, memberikan nasehat, dan yang telah banyak memberikan dukungan baik moril maupun material serta pengorbanan yang tak terhitung.
  12. Untuk Kakak Reni Syaffura, Ridza Syeftiani, Retno Syofia Gustina, dan Fahrul Rozi yang telah mendengarkan keluh kesah penulis, yang memberikan semangat, motivasi, dan mendukung penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini, serta Cyntia Abiza dan Agung Kamyko penyemangat kecil.
  13. Sahabat-sahabat tercintaku, Kasihma Nur Azim, Sabilla Yeni, Rahmi Ramadani, Nurhaminda, Ferli Febrianti yang senantiasa meluangkan waktunya untuk penulis dalam suka maupun duka, yang selalu menghibur penulis.
  14. Untuk kelas SIF A angkatan 2016 yang telah banyak memberikan penulis masukan dan semangat dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
  15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu pada kesempatan ini, yang telah banyak membantu dalam penyelesaian tugas akhir ini.
- Akhirnya penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, karena keterbatasan kemampuan penulis, sehingga segala bentuk kritik dan saran sangat diharapkan dan diterima dengan senang hati. Semoga Allah SWT memberikan balasan atas segala bantuan yang telah diberikan.

Pekanbaru, 30 Januari 2021

Penulis,

**RAHMA SARI SYAFITRI**

**NIM. 11653201378**





1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

# EVALUASI TINGKAT KAPABILITAS SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT (SIMRS) BERDASARKAN FRAMEWORK COBIT 5 (MEA01)

**RAHMA SARI SYAFITRI**  
**NIM: 11653201378**

Tanggal Sidang: 24 Desember 2020  
Periode Wisuda:

Program Studi Sistem Informasi  
Fakultas Sains dan Teknologi  
Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau  
Jl. Soebrantas, No. 155, Pekanbaru

## ABSTRAK

Evaluasi tingkat kapabilitas merupakan pengevaluasian cara yang terstruktur dan kontinu bagi penetapan tingkat kemampuan ukuran dan penjelasan dalam mempertimbangkan dan menilai keputusan kebijakan *stakeholder*. Adapun Rumah Sakit Syafira adalah Rumah Sakit Swasta di Pekanbaru yang memanfaatkan teknologi sistem informasi rumah sakit yaitu SIMRS. Pelayanan IT berjalan sudah cukup baik, namun pencatatan kerusakan pada sistem belum tertata, belum adanya *Term of Reference* (TOR) atau Kerangka Acuan Kerja (KAK) sampai saat ini, hingga memperhambat keputusan bagi peningkatan nilai sistem informasi, dan beberapa permasalahan RS Syafira dengan kasus yang pernah terjadi. Terkait dengan pemantauan, pengevaluasian, dan penilaian kinerja serta kesesuaian hingga bisa mempengaruhi sistem yang saat ini berjalan menyebabkan penurunan kinerja RS Syafira. Rumah Sakit Syafira perlu mengevaluasi tata kelola teknologi informasi menggunakan kerangka kerja COBIT 5 sebagai proses yang kompatibel dengan *Process Assessment Model* (PAM) pada pencapaian menilai kemampuan sistem dan sebagai pedoman untuk manajemen TI. Hasil tingkat kapabilitas proses *Monitor, Evaluate, and Assessment Performance, and Comformance* (MEA01) sebesar 2,43 pada level kapabilitas level 2 (*Managed Process*). Bahwa menghasilkan rekomendasi pada proses domain yang dipilih berkaitan pada kepastian pengelolaan RS Syafira, monitoring evaluasi, serta penilaian kinerja dan kesesuaian, sehingga tercapai tingkat kapabilitas yang diharapkan dari kondisi RS Syafira.

**Kata Kunci:** COBIT 5, MEA01, SIMRS, Tingkat Kemampuan.

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

# ***EVALUATION OF THE CAPABILITY LEVEL OF THE HOSPITAL MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM (SIMRS) BASED ON FRAMEWORK COBIT 5 (MEA01)***

**RAHMA SARI SYAFITRI  
NIM: 11653201378**

*Date of Final Exam: December 24<sup>th</sup> 2020  
Graduation Period:*

*Department of Information System  
Faculty of Science and Technology  
State Islamic University of Sultan Syarif Kasim Riau  
Soebrantas Street, No. 155, Pekanbaru*

## ***ABSTRACT***

*Evaluation of the capability level is the evaluation of a structured and continuous way of determining the level of measurement and explanation capabilities in considering and assessing stakeholder policy decisions. The Syafira Hospital is a private hospital in Pekanbaru that utilizes the hospital information system technology, namely SIMRS. IT services are running quite well, but the recording of the damage to the system has not been organized, there is no Term of Reference (TOR) or Terms of Reference (KAK) to date, thus hindering the decision to increase the value of the information system, and several problems at Syafira Hospital with cases that ever happened. Related to monitoring, evaluating, and evaluating performance and suitability so that it can affect the current system causing a decline in the performance of Syafira Hospital. Syafira Hospital needs to evaluate information technology governance using the COBIT 5 framework as a process that is compatible with the Process Assessment Model (PAM) on the achievement of assessing system capabilities and as a guide for IT management. The result of the capability level process Monitor, Evaluate, and Assessment Performance, and Comformance (MEA01) is 2,43 at the level of capability level 2 (Managed Process). That produced recommendations on the chosen domain process related to the certainty of the management of Syafira Hospital, monitoring evaluation, as well as performance and suitability assessments, so that the level of capability expected of Syafira Hospital was achieved.*

**Kata Kunci:** *Capability Level, COBIT 5, MEA01, SIMRS.*





Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

© Himpunan Cipta Milik UIN Suska Riau  
State Islamic University of Sultan Syarif Kasim Riau

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR HAK ATAS KEKAYAAN INTELEKTUAL</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN</b>	<b>v</b>
<b>LEMBAR PERSEMBAHAN</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b>	<b>xvii</b>
<b>1 PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang . . . . .	1
1.2 Rumasan Masalah . . . . .	5
1.3 Batasan Masalah . . . . .	5
1.4 Tujuan . . . . .	5
1.5 Manfaat . . . . .	6
1.6 Sistematika Penulisan . . . . .	6
<b>2 LANDASAN TEORI</b>	<b>8</b>
2.1 Evaluasi Tata Kelola Teknologi Informasi . . . . .	8
2.1.1 Evaluasi . . . . .	8
2.1.2 Tata Kelola . . . . .	8
2.1.3 Tata kelola Teknologi Informasi . . . . .	8
2.1.4 Evaluasi Tata Kelola Teknologi Informasi . . . . .	9
2.2 <i>Control Objectives for Information and Related Techonolgy (COBIT)</i> . . . . .	9



**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

© Hak cipta milik UIN Suska Riau

State Islamic University of Sultan Syarif Kasim Riau

2.2.1	Sejarah COBIT . . . . .	9
2.2.2	COBIT . . . . .	10
2.3	<i>Framework</i> COBIT 5 . . . . .	12
2.4	Prinsip COBIT 5 . . . . .	14
2.5	<i>Enabler</i> . . . . .	16
2.6	Implementasi COBIT 5 . . . . .	16
2.7	Proses dalam <i>Framework</i> COBIT 5 . . . . .	18
2.8	Fokus Domain COBIT . . . . .	21
2.9	<i>RACI Chart</i> . . . . .	22
2.10	<i>Process Assesment Model</i> (PAM) . . . . .	25
2.10.1	Assessment Process Activities . . . . .	25
2.10.2	Indikator Kapabilitas Proses dalam COBIT 5 . . . . .	27
2.11	Metode Skala Pengukuran <i>Capability</i> level . . . . .	49
2.11.1	Skala Likert . . . . .	49
2.11.2	Skala Rating Scale . . . . .	50
2.12	Menentukan tingkat Kapabilitas pada COBIT 5 . . . . .	52
2.12.1	Menghitung Rekapitulasi Jawaban Kuesioner . . . . .	53
2.12.2	Menghitung Nilai dan Level Kapabilitas . . . . .	54
2.13	Profil Instansi . . . . .	54
2.13.1	Sejarah . . . . .	55
2.13.2	Visi . . . . .	56
2.13.3	Misi . . . . .	56
2.13.4	Logo dan Motto . . . . .	56
2.14	Stuktur Organisasi . . . . .	57
2.15	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) . . . . .	63
2.16	Penelitian Terdahulu . . . . .	68
<b>3</b>	<b>METODOLOGI PENELITIAN</b>	<b>71</b>
3.1	Kerangka Penelitian . . . . .	71
3.2	Desain Penelitian . . . . .	72
3.3	Pengumpulan Data . . . . .	72
3.3.1	Observasi . . . . .	72
3.3.2	Wawancara . . . . .	72
3.3.3	Studi Literatur . . . . .	72
3.4	Metode Analisis Data . . . . .	73
3.4.1	<i>Initiation</i> . . . . .	73
3.4.2	<i>Planning the Assesment</i> . . . . .	73





**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

© Hak cipta milik UIN Suska Riau

State Islamic University of Sultan Syarif Kasim Riau

3.5	<i>Briefing</i> . . . . .	73
3.6	<i>Data Collection</i> . . . . .	74
3.7	<i>Data Validation</i> . . . . .	74
3.8	<i>Proses Attribute Level</i> . . . . .	74
3.9	<i>Reporting the Result</i> . . . . .	74
<b>4</b>	<b>ANALISIS DAN HASIL</b>	<b>75</b>
4.1	<i>Initiation</i> . . . . .	75
4.2	<i>Planning the Assesment</i> . . . . .	78
4.3	<i>Briefing</i> . . . . .	80
4.4	<i>Data Collection</i> . . . . .	80
4.5	<i>Data Validation</i> . . . . .	81
4.6	<i>Process Attribute Level</i> . . . . .	85
4.6.1	Penentuan Nilai dan <i>Capability level</i> pada MEA01 . . . . .	85
4.6.2	Tingkat Kapabilitas MEA01 . . . . .	87
4.6.3	Pencapaian Proses pada Rumah Sakit Syafira . . . . .	88
4.7	<i>Reporting and Result</i> . . . . .	91
<b>5</b>	<b>PENUTUP</b>	<b>96</b>
5.1	Kesimpulan . . . . .	96
5.2	Saran . . . . .	96

**DAFTAR PUSTAKA**

<b>LAMPIRAN A</b>	<b>HASIL WAWANCARA</b>	<b>A - 1</b>
A.1	WAWANCARA I . . . . .	A - 1
A.1.1	Penjelasan Wawancara . . . . .	A - 1
A.1.2	Daftar Pertanyaan Wawancara . . . . .	A - 1
A.2	WAWANCARA II . . . . .	A - 3
A.3	WAWANCARA III . . . . .	A - 4
A.4	WAWANCARA IV . . . . .	A - 6
A.5	WAWANCARA V . . . . .	A - 9
<b>LAMPIRAN B</b>	<b>KUESIONER PENELITIAN</b>	<b>B - 1</b>
<b>LAMPIRAN C</b>	<b>CHECKLIST BUKTI</b>	<b>C - 1</b>
<b>LAMPIRAN D</b>	<b>FOTO KEGIATAN</b>	<b>D - 1</b>



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

## DAFTAR GAMBAR

2.1	Evolusi COBIT (ISACA, 2012c) . . . . .	10
2.2	Cakupan antara COBIT 5 dengan <i>Framework</i> lain (ISACA, 2012c) .	13
2.3	<i>Five Principles COBIT 5</i> (ISACA, 2012c) . . . . .	15
2.4	<i>The Governance Objective: Value Creation</i> (ISACA, 2012c) . . . .	15
2.5	<i>Implementasi COBIT</i> (ISACA, 2012b) . . . . .	18
2.6	<i>37 Proses dalam COBIT 5</i> (ISACA, 2012a) . . . . .	19
2.7	<i>RACI Chart COBIT 5 MEA01</i> (ISACA, 2012d) . . . . .	23
2.8	<i>Assessment Process Activities</i> (ISACA, 2012c) . . . . .	25
2.9	<i>COBIT 5.0 Process Assessment Model</i> (ISACA, 2012c) . . . . .	28
2.10	<i>Level Kemampuan dan Atribut Proses</i> (C. ISACA, 2013) . . . . .	50
2.11	<i>Skala Rating Scale</i> (C. ISACA, 2013) . . . . .	51
2.12	Logo RS Syafira . . . . .	56
2.13	Struktur Organisasi Rumah Sakit Syafira . . . . .	58
2.14	Halaman Login Administrator SIMRS . . . . .	64
2.15	Tampilan fungsi pada SIMRS . . . . .	65
2.16	Tampilan Pendaftaran pada SIMRS . . . . .	66
2.17	Tampilan Pencarian Pendaftaran pada SIMRS . . . . .	66
2.18	Tampilan Pembayaran pada SIMRS . . . . .	67
2.19	Tampilan <i>Billing</i> pada SIMRS . . . . .	67
2.20	<i>Batch Process dan FO-BO Transfer</i> . . . . .	68
2.21	<i>Process Registrasi Front Office ke Back Office</i> . . . . .	68
3.1	Kerangka Penelitian . . . . .	71
4.1	Proses Bisnis SIMRS Rawat Jalan Rumah Sakit Syafira . . . . .	75
4.2	Proses Bisnis SIMRS Rawat Inap Rumah Sakit Syafira . . . . .	76
4.3	Diagram Representasi Tingkat Kapabilitas MEA01 . . . . .	88
D.1	Surat Balasan Rumah Sakit . . . . .	D - 1
D.2	Surat Keterangan Wawancara . . . . .	D - 1
D.3	Foto Wawancara . . . . .	D - 2
D.4	Foto pengambilan kuesioner . . . . .	D - 2

## DAFTAR TABEL

© Hak cipta milik UIN Suska Riau

State Islamic University of Sultan Syarif Kasim Riau

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

2.1	Kelebihan dan kekurangan <i>Framework</i> . . . . .	11
2.2	PA 1.1 <i>Performed Process</i> . . . . .	28
2.3	PA 2.1 <i>Performance Management</i> . . . . .	29
2.4	PA 2.2 <i>Work Product Management</i> . . . . .	32
2.5	PA 3.1 <i>Process Definition</i> . . . . .	34
2.6	PA 3.2 <i>Process Deployment</i> . . . . .	37
2.7	PA 4.1 <i>Process Measurement</i> . . . . .	40
2.8	PA 4.2 <i>Process Control</i> . . . . .	43
2.9	PA 5.1 <i>Process Innovation</i> . . . . .	45
2.10	PA 5.2 <i>Process Optimization</i> . . . . .	48
2.11	Skala Likert . . . . .	49
2.12	Tingkat Kapabilitas pada COBIT 5 . . . . .	52
2.13	Pemetaan Nilai Jawaban Kuesioner dan Tingkat Kapabilitas . . . . .	54
2.14	Penelitian Terdahulu . . . . .	69
4.1	Penentuan Responden Berdasarkan Diagram RACI Domain MEA01 . . . . .	79
4.2	Hasil Jumlah Responden Penelitian . . . . .	79
4.3	Kegiatan <i>Briefing</i> . . . . .	80
4.4	Output Proses MEA01 . . . . .	81
4.5	Hasil Rekapitulasi Jawaban Kuesioner MEA01.01 . . . . .	81
4.6	Hasil Rekapitulasi Jawaban Kuesioner MEA01.02 . . . . .	82
4.7	Hasil Rekapitulasi Jawaban Kuesioner MEA01.03 . . . . .	83
4.8	Hasil Rekapitulasi Jawaban Kuesioner MEA01.04 . . . . .	84
4.9	Hasil Rekapitulasi Jawaban Kuesioner MEA01.05 . . . . .	84
4.10	Tingkat Kapabilitas MEA01 . . . . .	87
4.11	<i>Process Attribute 2.1 Performance Management</i> . . . . .	89
4.12	<i>Process Attribute 2.2 Work Product Management</i> . . . . .	89
4.13	<i>Process Attribute 3.1 Work Process Definition</i> . . . . .	90
4.14	<i>Process Attribute 3.2 Process Deployment</i> . . . . .	90
4.15	Hasil Pencapaian Level MEA01 . . . . .	91
4.16	Proses MEA01.01 . . . . .	92
4.17	Proses MEA01.02 . . . . .	92
4.18	Proses MEA01.03 . . . . .	93
4.19	Proses MEA01.04 . . . . .	94
4.20	Proses MEA01.05 . . . . .	94





**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

A.1 Hasil wawancara ke tiga dengan Head IT RS Syafira . . . . .	A - 4
---	-------





Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

## DAFTAR SINGKATAN

APO	: <i>Align, Plan nd Organization</i>
BAI	: <i>Build, Acquire and Operate</i>
BPS	: <i>Buku Panduan Sistem</i>
COBIT	: <i>Control Objective for Information and related Technology</i>
CEO	: <i>Chief Executives Officer</i>
CFO	: <i>Chief Financial Officer</i>
COO	: <i>Chief Operating Officer</i>
CRO	: <i>Chief Risk Officer</i>
CIO	: <i>Chief Information Officer</i>
CISO	: <i>Chief Information Security Officer</i>
DSS	: <i>Deliver, Service and Support</i>
EDM	: <i>Evaluate, Direct and Monitor</i>
GPs	: <i>Generic Practice</i>
GWP	: <i>Generic Work Product</i>
ISO	: <i>Organization for Standardization</i>
IT	: <i>Information Technology</i>
KAK	: <i>Kerangka Acuan Kerja</i>
MEA	: <i>Monitor, Evaluate, and Assess</i>
MEA01	: <i>Monitor, Evaluate and Assess Performance and Conformance</i>
MONEV	: <i>Kegiatan Monitoring dan Evaluasi</i>
PAM	: <i>Prosess Assessment Model</i>
RACI	: <i>Responsible, Accountable, Consulted, Informed</i>
RKA	: <i>Rencana Kerja Anggaran</i>
RS	: <i>Rumah Sakit</i>
SIMRS	: <i>Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit</i>
SIM	: <i>Sistem Informasi Manajemen</i>
SPK	: <i>Sistem Pendukung Keputusan</i>
SOP	: <i>Standard Operational Procedure</i>
TI	: <i>Teknologi Informasi</i>
TOR	: <i>Term of Reference</i>
UGD	: <i>Unit Gawat Darurat</i>



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Sistem informasi adalah rangkaian kegiatan atau komponen yang terdiri dari pengumpulan data, yang kemudian diolah menjadi informasi yang berguna dalam pengambilan keputusan. Untuk manajemen rumah sakit, informasi yang diperoleh akan digunakan sebagai dasar untuk mengambil keputusan atau menilai kinerja suatu departemen di rumah sakit yang biasa dikenal dengan Sistem Informasi Manajemen (SIM) (Indrajit, 2016). Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit berfungsi dari sisi medis dan bisnis. Beberapa studi dari institusi medis menemukan bahwa perawatan pasien yang berkualitas tinggi bergantung pada dokumentasi yang baik dari setiap pasien mengenai riwayat kesehatan, status kesehatan, kondisi medis saat ini dan rencana perawatan pasien (Sidiq, 2018).

Selain itu, manajemen rumah sakit memerlukan informasi yang andal, akurat, terkini, aman, dan relevan baik dari sudut pandang klinis maupun administratif (Glandon, Smaltz, Slovensky, dan Boxerman, 2008). Peran Teknologi Informasi (TI) semakin penting untuk upaya peningkatan kualitas layanan sebagai wujud tata kelola yang baik (A. B. Nugroho dan Fahmi, 2015). Pemerintah Indonesia sebenarnya telah mengeluarkan kebijakan untuk mewajibkan rumah sakit menyelenggarakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 pasal 3 ayat 1 yaitu: Setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan SIMRS.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) secara umum bertujuan untuk mengintegrasikan sistem informasi dari berbagai sub sistem, mengumpulkan, menyajikan dan mengolah data rumah sakit sehingga menghasilkan informasi yang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan bagi rumah sakit. Dalam peraturan ini rumah sakit apa saja yang dibutuhkan dalam SIMRS dan harus dilaporkan kepada negara untuk dijadikan laporan referensi. Namun perbedaan yang menjadi ciri khas masing-masing rumah sakit membuat persyaratan teknis SIMRS berbeda di setiap rumah sakit, sehingga pengadaan dan pengembangan SIMRS sepenuhnya menjadi kebijakan internal rumah sakit. Oleh karena itu, kebijakan rumah sakit daerah yang tepat menjadi faktor penentu keberhasilan SIMRS (Megawati dan Firnandi, 2017).

Pemanfaatan TI membutuhkan tata kelola yang baik, menurut Madani (2020) "Tata kelola TI merupakan struktur dan proses yang saling berhubungan dan mengarahkan serta mengendalikan perusahaan dalam mencapai tujuan perusahaan





#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

melalui nilai tambah dan keseimbangan risiko dan manfaat teknologi informasi serta proses ”. Intinya, tata kelola TI adalah upaya untuk memastikan pengelolaan teknologi informasi mendukung bahkan sejalan dengan strategi kegiatan perusahaan yang dilakukan oleh direksi, manajemen eksekutif, dan juga oleh manajemen teknologi informasi (Savira dan Sari, 2016). Penerapan teknologi informasi dan komunikasi saat ini telah menjadi kebutuhan dan pedoman di setiap instansi penyedia layanan publik, termasuk rumah sakit. Rumah sakit merupakan salah satu instansi penyelenggara pelayanan publik dan dalam rangka memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat, suatu dibutuhkan manajemen sistem informasi yang baik. Dalam pemanfaatannya sistem informasi di instansi, yaitu rumah sakit hal ini tentunya membutuhkan mekanisme kontrol (Zulkarnaen, Wahyudi, dan Wijanarko, 2017).

Salah satu rumah sakit Swasta di Pekanbaru yang menggunakan teknologi sistem informasi adalah Rumah Sakit Syafira. RS Syafira menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) bekerjasama dengan *GRAPHASOFT* untuk *online system* di seluruh unit RS Syafira berbasis SQL Internet dan VPN bekerjasama dengan Lintas Arta. RS Syafira saat ini telah terakreditasi dengan lima pelayanan dasar, yaitu: Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medik, Pelayanan Gawat Darurat (UGD), Pelayanan Keperawatan, dan Rekam Medis. SIMRS merupakan aplikasi sistem perusahaan manajemen pelayanan rumah sakit yang bertujuan untuk membantu rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan yang ada di rumah sakit.

Rumah Sakit Syafira merupakan Rumah Sakit Tipe C yang awalnya merupakan klinik yang dibangun pada tahun 2006 yang hanya berdiri 1 ruko dengan beberapa karyawan. Pada akhir tahun 2009, Klinik Syafira berubah menjadi Rumah Sakit Khusus Bedah dan Kebidanan Syafira Pekanbaru, berubah menjadi 5 lantai, memiliki 114 ruang rawat inap, memiliki 200 karyawan. Kemudian seiring berjalannya waktu berkembang pesat hingga tahun 2017. RS Syafira memiliki karyawan/i lebih dari 600 orang, 11 lantai, memiliki 184 kamar rawat inap dari super megah hingga standar, kualitas pelayanan prima, fasilitas penunjang medis lengkap dan staf atau petugas yang nyaman, ramah dan tanggap, sehingga hingga saat ini mampu bersaing secara sehat dengan rumah sakit swasta di sekitarnya.

Pelayanan IT di RS Syafira sudah cukup baik, namun berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala IT RS Syafira tidak adanya pencatatan kerusakan pada sistem yang rutin sehingga menghambat pengambilan keputusan untuk memperbaiki kualitas sistem informasi, dan disebutkan bahwa pada saat perencanaan SIMRS tahun 2012 belum ada perencanaan, hanya berdasarkan presentasi dari para ven-

#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

dor, tidak ada kerja sama di departemen TI, manufaktur langsung sistem dan segera menekan kontrak dengan vendor pembuatan SIMRS. Jadi saat itu pegawai hanya mengiyakan karena kurang paham tentang SIMRS. Belum adanya Term of Reference (TOR) atau Kerangka Acuan Kerja (KAK) sampai saat ini. Dan juga belum adanya Standard Operational Procedure (SOP) dan kebijakan yang dihususkan untuk mengatur detail proses pemantauan, evaluasi, penilaian kinerja kesesuaian laporan kerusakan yang telah terjadi pada sistem rutin dari tahun 2012 hingga saat ini yang tidak terdokumentasi, sehingga menghambat proses pengambilan keputusan untuk meningkatkan kualitas sistem informasi. Selain masih minimnya pengawasan dalam meningkatkan kebutuhan penggunaan SIMRS, terkait permasalahan yang ada dan pentingnya proses penilaian kinerja, RS Syafira merasa perlu adanya standar tata kelola yang efektif dan diperlukan proses monitoring yang konsisten dalam sistem manajemennya, penyediaan layanan SIMRS sehingga masalah dapat diidentifikasi dan diselesaikan.

Maka dari itu RS Syafira belum dapat menerapkan kebijakan, prosedur dan tindakan teknis yang digunakan untuk mencegah akses yang tidak sah, perubahan program, pencurian data, atau kerusakan fisik pada sistem informasi. Sebagaimana hasil wawancara dengan bagian staf manajemen yaitu salah satu admin sistem dan perawat politeknik yang menggunakan sistem pada SIMRS adalah saat ini rumah sakit sudah menggunakan keamanan yaitu id dan password untuk mengakses sistem tetapi pada penerapannya saat pengguna sistem lupa melakukan log-out pada sistem, dan mereka login pada komputer lain tetapi sistem tersebut tidak otomatis langsung keluar sehingga, orang bisa mengakses sistem tersebut dan kemungkinan akan ada pembobolan data pada sistem. Serta pembagian dan pemisahan tugas yang berperan khususnya Divisi IT dalam menciptakan pengawasan sistem keamanan yang baik untuk mengantisipasi tindak kecurangan dan penyalahgunaan dalam sistem keamanan teknologi informasi belum tertata.

Dan sejak kebijakan SIMRS diimplementasikan, SIMRS di RS Syafira tidak pernah dievaluasi. Padahal, kebijakan harus dipantau, dan salah satu mekanisme pemantauannya adalah evaluasi. Berdasarkan waktu pelaksanaan, seharusnya evaluasi dilakukan antara tahun ke-3 atau ke-5 sejak kebijakan tersebut diterapkan secara penuh, sedangkan saat ini pelaksanaan kebijakan SIMRS Rumah Sakit Syafira telah mencapai tahun ke-8 (Shelly, 2012). Tujuan utama evaluasi bukan untuk menyalahkan, tetapi untuk menilai seberapa besar gap antara pencapaian dan harapan suatu kebijakan, dan untuk memberikan penilaian apakah implementasi kebijakan SIMRS di RS Syafira masih layak, perlu perbaikan, atau apakah SIMRS saat ini tidak berhasil sehingga perlu diganti.

Alasan mengapa perlu dilakukannya evaluasi tata kelola teknologi informasi pada Rumah Sakit Syafira adalah untuk menilai, memastikan, mengetahui apa penyebabnya serta memberikan rekomendasi terhadap penerapan teknologi informasi yang ada di Rumah Sakit Syafira. Untuk mengevaluasi sebuah teknologi informasi harus menggunakan alat bantu berupa *framework* dan *framework* yang digunakan adalah COBIT 5, sebab masalah tersebut berkaitan dengan area manajemen yang terdapat pada *framework* tersebut. Penelitian ini menggunakan COBIT 5 *framework*, yang merupakan standar yang diakui dan diterima secara internasional, direkomendasikan untuk implementasi tata kelola TI yang baik dari *framework* COBIT ISACA (*Information System Audit and Control Association*) yang menyediakan elaborasi tata kelola TI untuk menggambarkan peran utama informasi dan teknologi dalam menciptakan nilai perusahaan. COBIT 5 adalah standar tata kelola IT (*IT Governance*) yang umum sehingga perkembangannya dapat berbeda untuk setiap organisasi.

Berdasarkan uraian kendala di atas, maka peneliti melakukan penelitian pengevaluasian tata kelola TI dengan menggunakan kerangka kerja *Control Objective for Information and related Technology 5* (COBIT 5) yang bertujuan untuk memberikan saran sebagai rekomendasi perbaikan tata kelola TI di RS Syafira yang diperoleh dari hasil perhitungan sejauh mana kebijakan kapabilitas dan pengawasan SIMRS dari yang direncanakan yang telah direalisasikan.

Tetapi, menurut (Agustin, 2015) dan (R. Nugroho, Suryono, dan Darwis, 2016) COBIT memiliki cakupan proses dan aktivitas yang lebih luas dan detail dalam mengevaluasi pengelolaan TI dibanding kerangka kerja lainnya. Sedangkan standar COBIT yang dikembangkan oleh ISACA yang dirilis sejak Juni tahun 2012. Dalam ISACA. (2012) modul *A Bussiness Framework for Governance and Management of Enterprise IT* sebagai bahan referensi dan masukan untuk pengembangan COBIT 5, sehingga menjadi salah satu prinsip utama COBIT 5 yaitu *Applying a Single Integrated Framework*.

Sesuai dengan pemaparan hasil observasi di atas, standar COBIT 5 dipilih sebagai acuan kerangka kerja tata kelola TI untuk pengunsulan suatu rekomendasi perbaikan tata kelola TI pada Rumah Sakit Syafira sekaligus meninjau sejauh mana perkembangan tingkat kapabilitas tata kelola teknologi informasi dari yang direncanakan dengan yang sudah terealisasi. Selain itu, standar COBIT 5 dipilih karena dalam (ISACA., 2012) modul *A Bussiness Framework for Governance and Management of Enterprise IT* menyebutkan keunggulan lainnya dari COBIT 5 yaitu prinsip *Meeting Stakeholder Needs* memungkinkan perusahaan dapat menyesuaikan COBIT 5 dengan konsep perusahaannya masing-masing melalui goals cascade, di-



mana kebutuhan stakeholder diterjemahkan secara spesifik sesuai dengan sasaran terkait TI dan sasaran perusahaan, sehingga prinsip *Meeting Stakeholder Needs* pada COBIT 5 berkaitan dengan mewujudkan kebutuhan *stakeholders* yang tercantum dalam UU RI Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit.

Dengan demikian, untuk mengetahui tingkat kapabilitas monitoring, evaluasi, penilaian kinerja, dan kesesuaian sistem informasi sehingga dapat dijadikan acuan dalam mengembangkan kinerja sistem informasi RS Syafira, Monitor, Evaluasi, dan Penilaian. (MEA) dipilih dengan subdomain Monitor, Evaluate, dan Menilai Kinerja, dan Kesesuaian (MEA01). Maka topik penelitian dalam penulisan Tugas Akhir ini dapat diambil dengan judul **“Evaluasi Tingkat Kapabilitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dengan menggunakan *Framework* COBIT 5 (MEA01)”, yang ada di RS Syafira Pekanbaru.**

## 1.2 Rumasan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah diatas, maka penulis dapat merumuskan masalah dari penelitian ini yaitu “Bagaimana Evaluasi Tingkat Kapabilitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) berdasarkan COBIT 5 Framework (MEA01) di RS Syafira Pekanbaru ”.

## 1.3 Batasan Masalah

Dalam pembuatan tugas akhir ini batasan masalah dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Penelitian yang mengukur tingkat kapabilitas tata kelola dilakukan pada SIMRS khususnya sistem rawat jalan dan rawat inap RS Syafira.
2. Metode yang digunakan dalam mengevaluasi menggunakan COBIT 5.
3. Penelitian ini hanya membahas domain Monitor, Evaluate, and Assessment (MEA) yang berfokus pada Monitor, Evaluate, and Assessment Performance, and Comformance (MEA01).
4. Penelitian ini meliputi penilaian tingkat kapabilitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) *Process Assessment Model* (PAM).
5. Penelitian ini menggunakan perhitungan dengan Skala Likert.
6. Penentuan responden dalam penelitian ini didasarkan pada RACI *Chart*.

## 1.4 Tujuan

Dalam pembuatan tugas akhir ini tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi *Capabiity Level* atau tingkat kemampuan kondisi saat ini (*as is*) dan kondisi yang diinginkan (*to be*) pada implementasi informasi



**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

manajemen RS Syafira di Pekanbaru dengan proses pemantauan, evaluasi dan penilaian kinerja (MEA01) berdasarkan kerangka kerja COBIT 5.

2. Mendapatkan hasil kesenjangan pada hasil temuan penelitian menurut proses yang diteliti pada RS Syafira berdasarkan *framework* COBIT 5.
3. Memberikan saran atau rekomendasi sebagai usulan perbaikan tata kelola teknologi informasi di RS Syafira berdasarkan *framework* COBIT 5.

## 1.5 Manfaat

Dalam pembuatan tugas akhir ini manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Dapat mengetahui tingkat kapabilitas sistem informasi manajemen rumah sakit terkait dengan proses implementasinya menggunakan COBIT 5 *framework* di RS Syafira.
2. Dapat memahami proses tata kelola informasi di RS Syafira dan *gap* berdasarkan domain MEA01 *framework* COBIT 5.
3. Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan RS Syafira untuk melakukan perbaikan tata kelola teknologi informasi dengan *framework* COBIT 5 sesuai domain yang dipilih.

## 1.6 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan digunakan agar penulisan laporan lebih terarah sesuai dengan tujuan yang diinginkan, berikut adalah sistematika penulisan dalam penelitian Tugas Akhir ini:

### BAB 1. PENDAHULUAN

BAB 1 Bab ini menjelaskan gambaran umum isi Tugas Akhir yaitu: (1) latar belakang; (2) rumusan masalah; (3) batasan masalah; (4) tujuan; (5) manfaat; (6) sistematika penulisan.

### BAB 2. LANDASAN TEORI

BAB 2 Bab ini menjelaskan teori-teori terkait sebagai acuan dasar yaitu: (1) evaluasi tata kelola teknologi informasi; (2) *Control Objectives for Information and Related Techonolgy* (COBIT); (3) *framewrok* COBIT 5; (4) prinsip COBIT 5; (5) *enabler*; (6) implemntasi COBIT 5; (7) proses dalam *framework* COBIT 5; (8) fokus domain COBIT; (9) RACI *Chart*; (10) prosess assessment model (PAM); (11) metode skala pengukuran capability level; (12) menentukan tingkat kapabilitas pada COBIT 5; (13) profil instansi; (14) stuktur organisasi; (15) Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS); (16) penelitian terdahulu.

### BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN

BAB 3 Bab ini menjelaskan pengumpulan data dan metode kerja yang di-



#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumpukan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

gunakan dalam penelitian ini yaitu: (1) kerangka penelitian; (2) desain penelitian; (3) pengumpulan data; (4) metode analisis data; (5) *briefing*; (6) *data collection*; (7) *data validation*; (8) *proses atribut level*; (9) *reporting the result*.

### BAB 4. ANALISA DAN PERANCANGAN

BAB 4 Bab ini membahas tentang analisis hasil dari penelitian yaitu: (1) *initiation*; (2) *planning the assesment*; (3) *briefing*; (4) *data collection*; (5) *data validation*; (6) *proses atribut level*; (7) *reporting the result*.

### BAB 5. PENUTUP

BAB 5 Bab ini berisi hasil penyusunan Tugas Akhir yaitu: (1) kesimpulan; dan (2) saran.





## BAB 2

### LANDASAN TEORI

#### 2.1 Evaluasi Tata Kelola Teknologi Informasi

##### 2.1.1 Evaluasi

Evaluasi sebagai proses menentukan hasil yang dicapai oleh beberapa kegiatan yang direncanakan untuk mendukung pencapaian tujuan (Arikunto, 2010).

Evaluasi adalah proses sistematis dan berkesinambungan untuk menentukan kualitas (nilai dan makna) dari sesuatu, berdasarkan pertimbangan dan kriteria tertentu untuk mengambil keputusan. (Arifin, 2013).

Dari kedua definisi di atas dapat disimpulkan bahwa merupakan kegiatan untuk mengetahui sejauh mana pencapaian tujuan dari beberapa kegiatan yang direncanakan dilakukan dengan mengumpulkan informasi terkait. Selanjutnya informasi tersebut digunakan untuk mendukung pengambilan keputusan dalam pencapaian tujuan.

##### 2.1.2 Tata Kelola

Berdasarkan Indrajit (2016), tata kelola adalah rangkaian proses seperti pengendalian, perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi dimensi struktur tanggung jawab dan pengambilan keputusan atas kegiatan strategis dalam mengelola sejumlah sumber daya untuk mencapai tujuan atau sasaran tertentu.

Berdasarkan Yuliar (2009), istilah tata kelola (*governance*) mengacu pada regulasi, arahan atau kontrol. Penggunaan istilah tata kelola dalam situasi praktis sering kali disertai dengan asumsi tentang bagaimana tata kelola dapat direalisasikan. Artinya, penggunaan konsep dipengaruhi oleh konteksnya. Pemerintahan dianggap menjalankan kekuasaan atau otoritas untuk mengatur, mengarahkan, atau mengontrol.

Tata kelola adalah proses yang dilakukan oleh suatu organisasi atau komunitas untuk menyelesaikan masalah yang terjadi (Yuli, 2011).

##### 2.1.3 Tata kelola Teknologi Informasi

Tata kelola sebagai struktur dan proses pengambilan keputusan TI di tingkat perusahaan untuk mengarahkan perilaku yang diinginkan dari insan TI dan memastikan keberhasilan TI dalam konteks menciptakan nilai bagi *stakeholders* (Yuli, 2011).

Tata kelola TI merupakan bagian terintegrasi dari manajemen rumah sakit yang meliputi kepemimpinan, struktur data dan proses organisasi. Hal ini untuk

memastikan bahwa teknologi informasi rumah sakit dapat digunakan untuk memelihara dan memperluas strategi dan tujuan organisasi (Surendro, 2009). Tata kelola TI memiliki definisi inklusif yang mencakup sistem informasi, teknologi dan komunikasi, bisnis dan hukum, dan masalah lainnya Tata kelola sebagai struktur dan proses pengambilan keputusan TI di tingkat perusahaan untuk mengarahkan perilaku yang diinginkan dari orang-orang TI dan memastikan keberhasilan TI untuk menciptakan nilai untuk textit stakeholder yang melibatkan hampir semua pemangku kepentingan (*stakeholders*).

Dari beberapa definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan tata kelola teknologi adalah usaha atau aktivitas yang dilakukan oleh level korporat, yaitu manajemen puncak dan eksekutif dalam suatu organisasi untuk mengelola teknologi informasinya guna mendukung kinerja organisasi dalam pencapaiannya. Tujuan menyelaraskan strategi bisnis yang sudah ada di organisasi.

#### 2.1.4 Evaluasi Tata Kelola Teknologi Informasi

Merupakan proses penilaian sistematis yang dilakukan untuk menentukan kualitas sesuatu berdasarkan dasar-dasar tertentu agar dapat mengelola teknologi informasi dengan baik dan sesuai dengan tujuan rumah sakit. Evaluasi ini menghasilkan suatu review yang juga berguna untuk membantu pengelola atau manajemen dalam mengambil keputusan (Khairunnisa dkk., n.d.).

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa evaluasi tata kelola teknologi informasi merupakan proses kegiatan yang mengukur tingkat kemampuan pencapaian nilai TI dalam suatu organisasi yang bertanggung jawab atas manajemen di tingkat atas dan para eksekutif untuk mengelola teknologi informasi itu. dimiliki agar selaras dengan strategi organisasi untuk mencapai tujuannya.

### 2.2 *Control Objectives for Information and Related Techonolgy* (COBIT)

#### 2.2.1 Sejarah COBIT

COBIT pertama kali dirilis pada tahun 1996. Contohnya adalah "untuk meneliti, mengembangkan, menerbitkan dan mempromosikan, mengotorisasi, memperbarui dan seperangkat pedoman yang diterima secara internasional yang diterima secara internasional untuk tujuan mengendalikan teknologi informasi dalam penggunaan sehari-hari manajer bisnis dan auditor". Manfaat yang diperoleh manajer, auditor, dan pengguna dari pengembangan COBIT membantu mereka memahami sistem TI dan tingkat keamanan dan kontrol yang diperlakukan untuk melindungi aset melalui pengembangan model tata kelola TI (Jogiyanto, 2017).

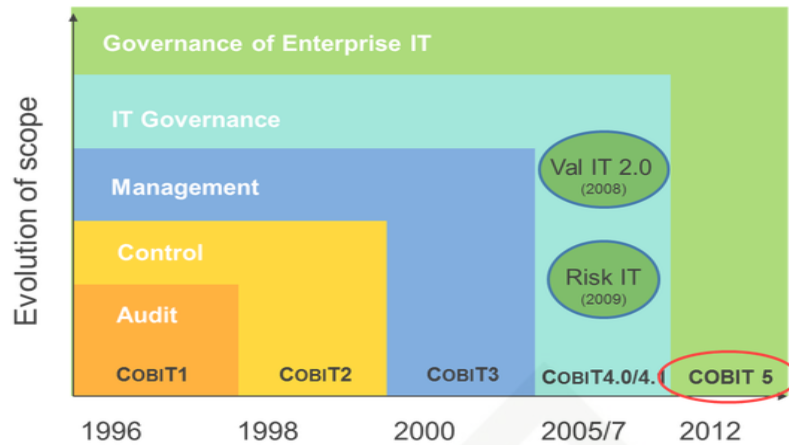
Berikut ini adalah Evolusi COBIT dan kerangka kerja yang berhubungan dengan bidang audit yang terlihat pada Gambar 2.1

#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.



**Gambar 2.1.** Evolusi COBIT (ISACA, 2012c)

Mulai tahun 1996 COBIT versi 1 muncul dengan kerangka kerja yang berhubungan dengan bidang audit. Seiring dengan perkembangannya, COBIT versi 2 diterbitkan pada tahun 1998 dengan *framework* yang menekankan pada area pengendalian *control*.

Kemudian pada tahun 2002 COBIT diperluas lagi dengan versi 3 dengan pedoman kerja yang mengarah ke area *Management*. Area *IT Governance*, yang memiliki cakupan luas di dalam organisasi, merupakan diskusi penting untuk perubahan COBIT *framework* versi 4.0 / 4.1 yang dirilis pada 2005/2007. Namun masuknya *age information* hingga saat ini adalah evolusi COBIT yang dipublikasikan versi 5 tahun 2012 yang memiliki cakupan *scope* / *scope* yang lebih luas dari versi sebelumnya dengan membahas *Governance and Enterprise IT*, yaitu tata kelola teknologi informasi di organisasi / perusahaan. Untuk itu penulis memilih COBIT 5 sebagai kerangka kerja penelitian teknologi informasi dengan melihat perkembangan COBIT selama ini.

### 2.2.2 COBIT

COBIT adalah sekumpulan dokumen *best practices* untuk *Tata Kelola TI* yang dapat membantu auditor, pengguna, dan manajemen untuk menjembatani *celah* antara risiko bisnis, kebutuhan kontrol, dan masalah teknis TI. COBIT yang diterbitkan oleh ITGI diterima secara internasional sebagai praktik pengendalian informasi, TI dan risiko terkait. COBIT digunakan untuk melakukan penentuan IT dan meningkatkan pengendalian IT (Sasongko, 2009).

Menurut Surendro (2009) menjelaskan tentang karakteristik dan prinsip utama yang mendasari COBIT, yaitu karakteristik utamanya adalah fokus pada bisnis, orientasi pada proses, berdasarkan *control*, dan dikendalikan oleh pengukuran, sedangkan prinsip yang mendasarinya adalah menyediakan informasi yang





#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.

b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

dibutuhkan oleh organisasi. Dalam mewujudkan tujuannya, organisasi perlu mengelola dan mengendalikan sumber daya teknologi informasi dengan menggunakan serangkaian proses terstruktur untuk menyediakan layanan informasi yang diperlukan.

Dan menurut Audit, Association, dan Isaca (2012) COBIT adalah kumpulan dokumentasi dan pedoman untuk menerapkan *Tata Kelola TI*, kerangka kerja yang membantu auditor, manajemen dan pengguna (*pengguna*) untuk menjembatani (*gap*) kesenjangan antara bisnis risiko, kebutuhan pengendalian dan masalah teknis.

Berikut tabel perbandingan kelebihan dan kekurangan masing-masing framework terlihat pada Tabel 2.1.

**Tabel 2.1.** Kelebihan dan kekurangan *Framework*

ITIL	Kelebihan				Kekurangan
	ISO 27001	CMMI	TOGAF	COBIT	
ITIL berfokus pada desain TI dan proses implementasi, serta layanan pelanggan yang membantu mengimplementasikan manajemen layanan TI. ITIL lebih tentang praktik terbaik tentang cara mengelola TI untuk mencapai objek organisasi. ITIL adalah standar paling rinci dan mendalam dalam mendefinisikan proses TI yang bersifat teknis dan operasional.	ISO lebih rinci daripada COBIT dan memberikan petunjuk tentang bagaimana sesuatu dilakukan. ISO memberikan panduan tentang struktur dan konten kebijakan keamanan informasi. Karena ISO lebih bersifat teknis dan lebih cenderung menjadi pilihan manajer TI dan manajer keamanan sistem informasi.	CMMI dapat menangani integrasi pengembangan perangkat lunak dengan aktivitas teknik lainnya termasuk rekayasa sistem, pengembangan produk dan proses terintegrasi, dan pengadaan pemasok. Sebagai acuan dalam mengembangkan model maturity lainnya, termasuk ke dalam arsitektur enterprise.	TOGAF Kerangka dan metode yang diterima secara luas dalam pengembangan arsitektur organisasi. Togaf memberikan metode terperinci tentang cara membangun, mengelola, mengimplementasikan arsitektur perusahaan dan sistem informasi.	COBIT memiliki spektrum proses TI yang lebih luas dan lebih rinci. Membantu manajemen dalam menentukan rencana strategis TI, mendefinisikan arsitektur informasi, memantau kinerja sistem TI. Membantu mengidentifikasi masalah kontrol TI dalam infrastruktur TI organisasi. Tetapkan masalah tujuan yang harus dicapai oleh suatu organisasi. COBIT dapat digunakan sebagai alat tata kelola TI dan juga membantu organisasi mengoptimalkan investasi TI mereka.	



Table 2.1 Kelebihan dan Kekurangan *Framework* (tabel lanjutan)

kekurangan					
ITIL bukan standar dalam audit TI. Lebih untuk menciptakan layanan teknologi informasi yang berkualitas. Standar ITIL berfokus pada layanan pelanggan dan sama sekali tidak mencakup proses penyelarasan strategi organisasi dengan strategi TI yang dikembangkan ITIL tidak melakukan pengawasan yang akan menjamin kesesuaian manajemen TI dengan keadaan organisasi di masa depan.	Pedoman yang berdiri sendiri atau tidak terintegrasi ke dalam kerangka kerja sistem tata kelola TI yang lebih luas. Oleh karena itu ISO lebih tepat digunakan untuk tujuan teknis bukan untuk digunakan sebagai pedoman umum dalam sistem tata kelola keamanan IS organisasi.	Hanya menilai tingkat kematangan organisasi dan peningkatan yang diperlukan dalam berbagai proses. CMMI menjelaskan proses dan disiplin ilmu yang terintegrasi tetapi hanya berlaku untuk perangkat lunak dan rekayasa sistem.	Menyediakan metode dan alat untuk arsitektur organisasi non-luas seperti COBIT. Tidak ada templates standar untuk semua domain (misalnya untuk membuat diagram blok).	COBIT memberikan informasi yang kurang mendetail jika dibandingkan dengan ISO dalam tata kelola keamanan informasi. Fokus saja pada kontrol dan pengukuran. Hanya memberikan panduan kontrol dan tidak memberikan panduan implementasi operasional. Ini tidak memiliki panduan keamanan tetapi memberikan wawasan umum tentang proses TI organisasi dari pada ITIL misalnya.	

Maka penulis memilih COBIT sebagai framework yang digunakan dalam penelitian untuk mengevaluasi tingkat kapabilitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) berdasarkan *framework* COBIT 5 (MEA01). Ini karena COBIT lebih unggul dari *framework* lainnya. Selain itu, COBIT memiliki pembahasan yang luas dan rinci tentang proses terkait TI, seperti proses TI untuk kualitas TI, pemantauan TI, evaluasi TI, hingga penilaian kinerja dan penyesuaian TI. COBIT dapat membantu manajemen dalam menentukan rencana kualitas TI, menentukan informasi evaluasi kinerja sistem TI, mengidentifikasi masalah pengendalian TI dalam infrastruktur TI Rumah Sakit, dan memantau kinerja sistem TI. COBIT dapat mengelola masalah obyektif yang harus dicapai organisasi dan juga membantu Rumah Sakit mengoptimalkan investasi TI. COBIT memang memiliki spektrum yang luas dalam hal manajemen TI dan memiliki domain yang lebih luas dalam detail proses yang dilakukan di domain tersebut.

## 2.3 Framework COBIT 5

Menurut ISACA. (2012), COBIT 5 adalah generasi terbaru dari panduan ISACA yang membahas tata kelola dan manajemen TI. COBIT 5 didasarkan pada pengalaman menggunakan COBIT selama lebih dari 15 tahun oleh banyak perusahaan dan pengguna dari bisnis, komunitas IT, risiko, asuransi, dan keamanan. COBIT 5 mendefinisikan dan menjelaskan secara rinci sejumlah proses tata kelola dan manajemen. COBIT 5 memberikan referensi model proses yang mewakili se-

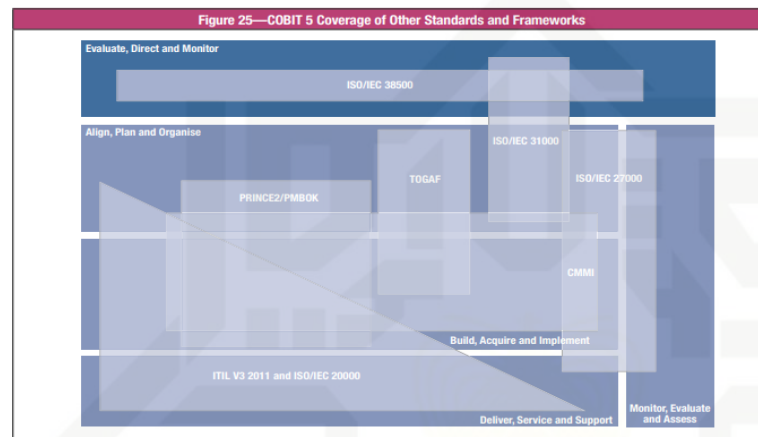
#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.

b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

mua proses yang dapat ditemukan di sebuah perusahaan terkait dengan aktivitas TI. Model proses yang diusulkan bukan hanya model proses tetapi model yang komprehensif. Setiap perusahaan harus menentukan area prosesnya sendiri, dengan mempertimbangkan situasi tertentu di dalam perusahaan. COBIT 5 juga menyediakan kerangka kerja untuk mengukur dan memantau kinerja TI, berkomunikasi dengan layanan dan mengintegrasikan praktik manajemen terbaik (ISACA., 2012). Berikut ini adalah ruang lingkup antara COBIT 5 dan kerangka kerja lain yang terlihat pada Gambar 2.2.



**Gambar 2.2.** Cakupan antara COBIT 5 dengan *Framewok* lain (ISACA, 2012c)

COBIT 5 dikembangkan untuk mengatasi kebutuhan-kebutuhan penting seperti:

1. Membantu pemangku kepentingan dalam menentukan apa yang mereka harapkan dari informasi dan teknologi terkait seperti manfaat apa, pada tingkat risiko apa, dan pada biaya apa dan bagaimana prioritas mereka dalam memastikan bahwa nilai tambah yang diharapkan tercapai.
2. Membahas meningkatnya ketergantungan keberhasilan perusahaan pada perusahaan lain dan mitra TI, seperti outsourcing, pemasok, konsultan, klien, dan penyedia layanan lainnya, serta pada berbagai alat dan mekanisme internal untuk memberikan nilai tambah yang diharapkan.
3. Mengatasi jumlah informasi yang meningkat secara signifikan. Bagaimana perusahaan memilih informasi yang relevan dan kreatif yang akan mengarahkan perusahaan pada keputusan bisnis yang efektif dan efisien. Informasi juga perlu dikelola secara efektif dan model informasi yang efektif dapat membantu untuk mencapai hal ini.
4. Mengatasi TI yang semakin merasuki perusahaan. TI semakin menjadi bagian penting dari bisnis. Seringkali TI terpisah tidak cukup memuaskan





#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

meski sejalan dengan bisnis. TI perlu menjadi bagian penting dari proyek bisnis, struktur organisasi, manajemen risiko, kebijakan, kapabilitas, proses, dan sebagainya.

5. Memberikan panduan lebih lanjut di bidang inovasi dan teknologi baru. Ini berkaitan dengan kreativitas, persahabatan, pengembangan produk baru, membuat produk saat ini lebih menarik bagi pelanggan, dan menjangkau jenis pelanggan baru.
6. Mendukung keseluruhan campuran bisnis dan TI, dan mendukung semua aspek yang mengarah pada tata kelola dan manajemen TI perusahaan yang efektif, seperti struktur organisasi, preferensi, dan budaya.
7. Dapatkan kontrol yang lebih baik terkait solusi TI.
8. Memberikan keuntungan bagi perusahaan, antara lain:
  - (a) Nilai tambah melalui penggunaan TI yang efektif dan inovatif.
  - (b) Kepuasan pengguna dengan layanan dan keterlibatan TI yang baik.
  - (c) Kepatuhan terhadap aturan internal, regulasi, persetujuan dan kebijakan.
  - (d) Meningkatkan hubungan antara kebutuhan bisnis dan tujuan TI.
9. Menghubungkan dan jika relevan, menyesuaikan dengan kerangka kerja dan standar lain seperti IT-IL, TOGAF, PMBOK, COSO dan ISO.
10. Mengintegrasikan semua framework dengan pedoman ISACA yang mengutamakan fokus pada COBIT, Val IT dan Risk IT, tetapi juga mempertimbangkan BMIS, ITAF dan TGF, sehingga COBIT 5 mencakup seluruh perusahaan dan memberikan dasar untuk integrasi dengan framework dan standar lain menjadi framework tunggal. Sederhananya, COBIT 5 membantu perusahaan menciptakan nilai optimal dari TI dengan menjaga keseimbangan antara memperoleh manfaat dan mengoptimalkan tingkat risiko dan penggunaan sumber daya. COBIT 5 memungkinkan informasi dan teknologi terkait untuk diatur dan dikelola dengan baik di seluruh perusahaan, dengan mempertimbangkan keseluruhan area bisnis dan fungsional tanggung jawab, dengan mengingat kepentingan yang terkait dengan pemangku kepentingan TI internal dan eksternal.

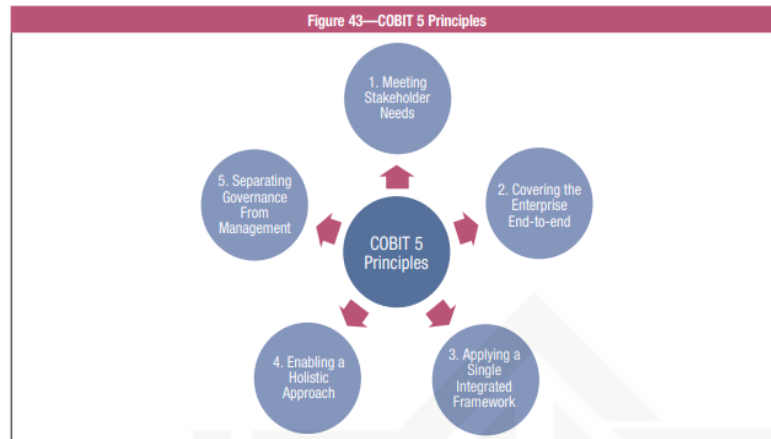
## 2.4 Prinsip COBIT 5

COBIT 5 memiliki prinsip umum dan enabler dan berguna untuk semua ukuran perusahaan, baik komersial maupun non profit atau sektor publik. ISACA dan ITGI melalui *framework* COBIT 5 memiliki 5 prinsip utama yang harus diperhatikan dalam menerapkan aspek tata kelola di suatu perusahaan atau organisasi.

#### Hak Cipta Diindungi Undang-Undang

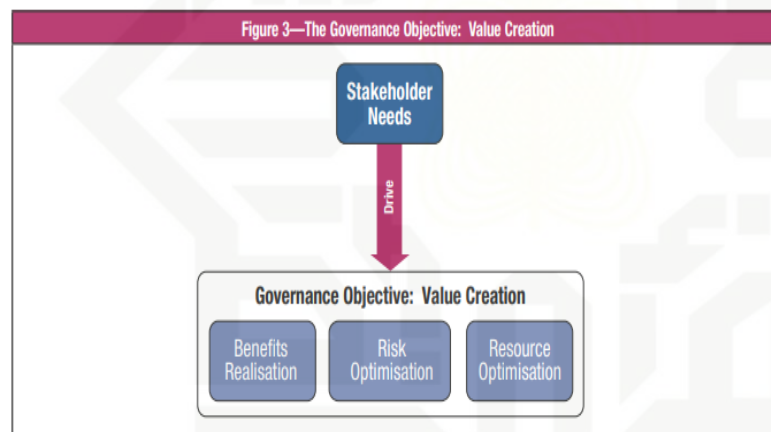
1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

Berikut 5 prinsip di antaranya Gambar 2.3:



**Gambar 2.3.** *Five Principles COBIT 5* (ISACA, 2012c)

1. *Meeting stakeholder need*, berguna untuk menentukan prioritas untuk implementasi, peningkatan, dan jaminan Gambar 2.4.



**Gambar 2.4.** *The Governance Objective: Value Creation* (ISACA, 2012c)

2. *Onvering enterprise end-to-end*, berguna untuk mengintegrasikan tata kelola TI perusahaan ke dalam tata kelola perusahaan. Sistem tata kelola TI yang dipromosikan oleh COBIT 5 dapat diintegrasikan dengan mulus dengan sistem tata kelola perusahaan.
3. *Applying a singe intergrated framework*, sejalan dengan standar dan kerangka kerja relevan lainnya, sehingga perusahaan dapat menggunakan COBIT 5 sebagai kerangka tata kelola dan integrasi umum.
4. *Enabling a holistic approach*, yaitu COBIT 5 memandang bahwa masing-masing enabler mempengaruhi satu sama lain dan menentukan apakah implementasi COBIT 5 akan berhasil.

#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

5. *Separating governance from management*, COBIT membuat perbedaan yang cukup jelas antara tata kelola dan manajemen. Mereka mencakup banyak aktivitas yang berbeda, memerlukan struktur organisasi yang berbeda, dan melayani tujuan yang berbeda.

### 2.5 Enabler

*Enablers* adalah sekumpulan faktor yang mempengaruhi apa yang akan dilakukan oleh organisasi (ISACA., 2012). Dalam hal ini terkait dengan pengelolaan teknologi informasi dalam organisasi.

Tujuh *enablers* berikut dijelaskan dalam COBIT 5 *framework*, yaitu:

1. **Prinsip, Kebijakan and Kerangka Kerja** (*Principles, Policies, and Framework*) adalah alat atau pendorong untuk menerjemahkan perilaku ke dalam pedoman praktis untuk manajemen sehari-hari.
2. **Proses** (*Process*), mendeskripsikan sekumpulan aktivitas yang terorganisir untuk mencapai tujuan tertentu dan menghasilkan sekumpulan output untuk mendukung pencapaian IT.
3. **Struktur Organisasi** (*Organizational Structures*), merupakan entitas dalam organisasi sebagai kunci dalam pengambilan keputusan.
4. **Budaya, Etika and Prilaku** (*Culture, Ethics, and Behavior*), merupakan faktor sukses dalam kegiatan pemerintahan dan manajemen.
5. **Informasi** (Informasi), dalam organisasi terdiri dari informasi yang dihasilkan dan digunakan maka diperlukan agar organisasi dapat berjalan dengan baik.
6. **Layanan, Infrastruktur, dan Aplikasi** (*Service, Infrastruktur, dan Aplikasi*), layanan, infrastruktur, dan aplikasi melibatkan infrastruktur teknologi dan aplikasi yang menyediakan proses dan layanan teknologi informasi untuk organisasi.
7. **Kemampuan and Kompetensi** (*People, Skills, and Competencies*), berhubungan dengan individu dan kebutuhan untuk memenuhi semua aktivitas untuk mencapai kesuksesan dan membuat keputusan yang tepat dengan langkah yang tepat.

### 2.6 Implementasi COBIT 5

Menurut ISACA (2012c), Tujuh tahapan dalam proses implementasi COBIT 5 adalah:

1. Tahap 1–*Initiate Programme*  
Tahap 1 mengidentifikasi pendorong perubahan dan menciptakan keinginan untuk berubah di tingkat manajemen eksekutif, yang diterjemahkan



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

ke dalam kasus bisnis. Penggerak perubahan dapat berupa peristiwa internal atau eksternal, dan kondisi atau masalah penting yang memberikan dorongan untuk perubahan. Peristiwa, tren, masalah kinerja, implementasi perangkat lunak, dan bahkan tujuan perusahaan dapat menjadi pendorong perubahan. Risiko yang terkait dengan penerapan program itu sendiri akan dijelaskan dalam kerangka kerja bisnis, dan dikelola sepanjang siklus hidupnya. Mempersiapkan, memelihara, dan memantau kasus bisnis adalah hal mendasar dan penting untuk membenarkan, mendukung, dan selanjutnya memastikan hasil yang berhasil dari setiap inisiatif, termasuk pengembangan GEIT. Mereka memastikan fokus yang berkelanjutan pada manfaat program dan pelaksanaannya.

2. Tahap 2- *Define Problems and Opportunities*

Tahap 2 menyelaraskan tujuan TI dengan strategi dan risiko perusahaan, dan memprioritaskan tujuan TI yang paling penting, sasaran TI, dan proses TI. COBIT 5 memberikan panduan untuk memetakan tujuan perusahaan terhadap tujuan TI terhadap proses TI untuk membantu dalam pemilihan. Dengan mengetahui tujuan perusahaan dan TI, proses penting yang harus mencapai tingkat kapabilitas tertentu dapat diidentifikasi. Manajemen perlu mengetahui kapabilitas saat ini dan di mana kekurangan terjadi. Ini dapat dicapai dengan melakukan penilaian kapabilitas proses dari proses yang dipilih.

3. Tahap 3-*Define Road Map*

Tahap 3 menetapkan target perbaikan, diikuti dengan analisis peningkatan untuk mengidentifikasi solusi potensial. Beberapa solusi akan menjadi kemenangan cepat dan beberapa akan menjadi tugas jangka panjang yang lebih sulit. Prioritas harus diberikan pada proyek-proyek yang lebih mudah dicapai dan lebih mungkin memberikan keuntungan terbesar. Tugas jangka panjang perlu dipecah menjadi beberapa bagian yang lebih mudah diselesaikan.

4. Tahap 4-*Plan Programme*

Tahap 4 merencanakan solusi praktis yang layak dengan menentukan proyek yang didukung dengan kasus bisnis yang dapat dibenarkan dan mengembangkan rencana perubahan untuk implementasi. Kasus bisnis yang disusun dengan baik akan membantu memastikan bahwa manfaat proyek diidentifikasi dan dipantau secara berkelanjutan.

5. Tahap 5-*Execute Plan*

Tahap 5 mengubah solusi yang disarankan menjadi aktivitas sehari-hari

#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

dan menetapkan sistem penghitungan dan pemantauan untuk memastikan kepatuhan bisnis tercapai dan kinerja dapat diukur. Keberhasilan membutuhkan pendekatan, kesadaran dan komunikasi, pemahaman dan komitmen dari manajemen tingkat tinggi dan kepemilikan dari IT dan pemilik proses bisnis yang terpengaruh.

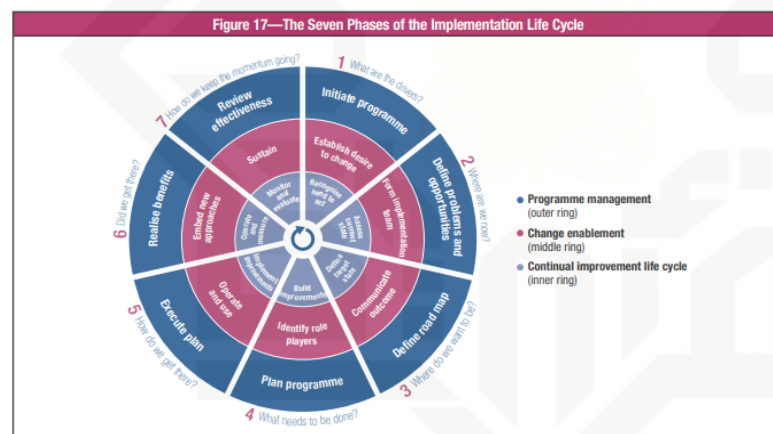
#### 6. Tahap 6—*Raledo Benefits*

Tahap 6 berfokus pada transisi berkelanjutan dari praktik manajemen dan manajemen yang ditingkatkan ke operasi bisnis normal dan pada pemantauan pencapaian peningkatan menggunakan metrik kinerja dan hasil yang diharapkan.

#### 7. Tahap 7—*Review Effectiveness*

Tahap 7 mengevaluasi keberhasilan inisiatif secara keseluruhan, mengidentifikasi kebutuhan tata kelola atau manajemen lebih lanjut, dan meningkatkan kebutuhan untuk perbaikan berkelanjutan. Tahap ini juga memprioritaskan lebih banyak peluang untuk meningkatkan GEIT.

Berikut ini gambar implementasi COBIT 5 dapat dilihat pada Gambar 2.5.



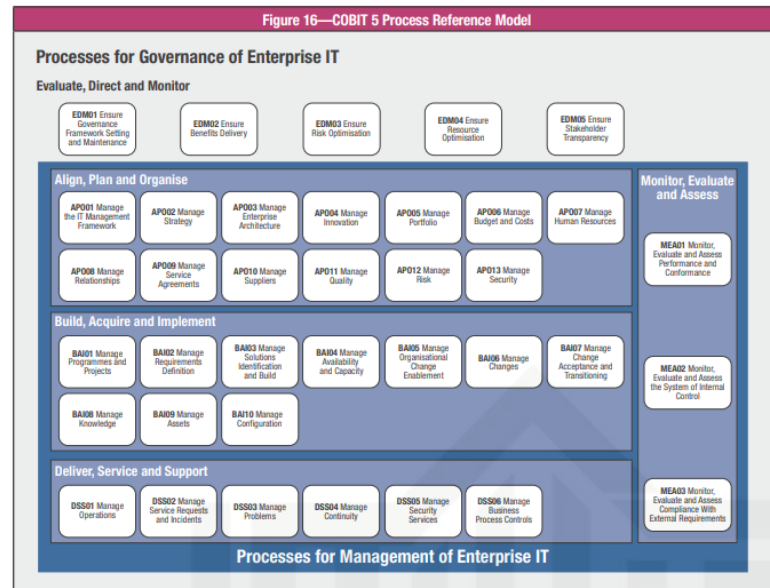
Gambar 2.5. Implementasi COBIT (ISACA, 2012b)

#### 2.7 Proses dalam Framework COBIT 5

Saat ini COBIT 5 dibagi menjadi 5 domain yang terdiri dari 37 proses, berikut 37 model proses COBIT 5 yang dapat dilihat pada Gambar. Berikut ini adalah uraian sub domain yang dimiliki oleh masing-masing domain yaitu sebagai berikut dapat dilihat pada Gambar 2.6.

### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.



Gambar 2.6. 37 Proses dalam COBIT 5 (ISACA, 2012a)

1. *Domain Evaluate, Direct and Monitor (EDM)* Proses tata kelola ini berkaitan dengan tujuan tata kelola pemangku kepentingan dalam menilai, mengoptimalkan risiko dan sumber daya, mencakup praktik dan kegiatan yang bertujuan untuk mengevaluasi opsi strategis, memberikan arahan ke TI dan memantau hasil. Terdiri dari 5 sub domain dan praktik tata kelola utamanya masing-masing, yaitu:
  - (a) EDM01 Ensure Governance Framework Setting and Maintenance.
  - (b) EDM02 Ensure Benefit Delivery.
  - (c) EDM03 Ensure Risk Optimisation.
  - (d) EDM04 Ensure Resource Optimisation.
  - (e) EDM05 Ensure Stakeholder Transparency.
2. *Domain Align, Plan and Organization (APO)* Memberikan arahan untuk pengiriman solusi (BAI) dan penyediaan layanan dan dukungan (DSS). Domain ini mencakup strategi dan taktik, dan mengidentifikasi kekhawatiran tentang bagaimana TI terbaik dapat berkontribusi untuk mencapai tujuan bisnis. Realisasi visi strategis perlu direncanakan, dikomunikasikan, dan dikelola dari berbagai perspektif. Organisasi yang tepat, serta infrastruktur teknologi, harus disiapkan. Sub domain tersebut terdiri dari:
  - (a) APO01 Manage the IT Management Framework.
  - (b) APO02 Manage Strategy.
  - (c) APO03 Manage Enterprise Architecture.
  - (d) APO04 Manage Inovation.



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

- (e) APO05 Manage Portofolio.
  - (f) APO06 Manage Budget and Costs.
  - (g) APO07 Manage Human Resources.
  - (h) APO08 Manage Relationship.
  - (i) APO09 Manage Service Agreements.
  - (j) APO10 Manage Suppliers.
  - (k) APO11 Manage Quality.
  - (l) APO12 Manage Risk.
  - (m) APO13 Manage Security.
3. *Domain Build, Acquire and Operate (BAI)* Berikan solusi dan teruskan sehingga akan berubah menjadi layanan. Untuk mencapai strategi TI, solusi TI perlu diidentifikasi, dikembangkan atau diperoleh, dan diterapkan serta diintegrasikan ke dalam proses bisnis. Perubahan dan pemeliharaan sistem yang ada juga tercakup dalam domain ini, untuk memastikan bahwa solusi terus memenuhi tujuan bisnis. Sub domain tersebut terdiri dari:
- (a) BAI01 Manage Programmes and Project.
  - (b) BAI02 Manage Requirements Definition.
  - (c) BAI03 Manage Solution Identification and Build.
  - (d) BAI04 Manage Availability and Capacity.
  - (e) BAI05 Manage Organisational Change Enablement.
  - (f) BAI06 Manage Changes.
  - (g) BAI07 Manage Change Acceptance and Transitioning.
  - (h) BAI08 Manage Knowledge.
  - (i) BAI09 Manage Assets.
  - (j) BAI10 Manage Configuration.
4. *Domain Deliver, Service and Support (DSS)* menerima solusi dan membuatnya dapat digunakan oleh pengguna akhir. Domain ini terkait dengan penyampaian aktual dan dukungan layanan yang dibutuhkan, yang meliputi layanan, manajemen keamanan dan keberlanjutan, dukungan layanan bagi pengguna dan manajemen data serta fasilitas operasional (Cahyani, Aknuranda, dan Perdanakusuma, 2017). Sub domain tersebut terdiri dari:
- (a) DSS01 Manage Operations.
  - (b) DSS02 Manage Service Requests and Incidents.
  - (c) DSS03 Manage Problems.
  - (d) DSS04 Manage Continuity.
  - (e) DSS05 Manage Security Services.
  - (f) DSS06 Manage Business Process Controls.



5. *Domain Monitor, Evaluate and Assessment (MEA)* Menerima solusi dan dapat digunakan untuk pengguna akhir. Domain ini berkaitan dengan pengiriman aktual dan dukungan layanan yang diperlukan, yang mencakup layanan, manajemen keamanan dan kontinuitas, dukungan layanan untuk pengguna, serta manajemen data dan fasilitas operasional. Subdomain terdiri dari:
  - (a) MEA01 Monitor, Evaluate and Assess Performance and Conformance.
  - (b) MEA02 Monitor, Evaluate and Assess the System of Internal Control.
  - (c) MEA03 Monitor, Evaluate and Assess Compliance with External Requirements.

## 2.8 Fokus Domain COBIT

Terdapat 3 sub domain MEA yang akan digunakan dalam menilai tingkat kestabilan kinerja manajemen informasi pada implementasi SIMRS di RS Syafira Pekanbaru, yaitu MEA01 Monitor, Evaluate and Assessment Performance dan Conformance.

Menurut ISACA (2012c), deskripsi proses MEA01 adalah proses mengumpulkan, memvalidasi, dan mengevaluasi tujuan proses dan standar kegiatan TI. Mengawasi proses yang tidak sesuai dengan persyaratan dan tujuan yang ditetapkan serta memberikan kegiatan pelaporan yang sistematis dan tepat waktu.

Tujuan dari proses ini adalah untuk memberikan transparansi kinerja dan kesesuaian serta untuk mendorong pencapaian tujuan. Dalam proses ini terdapat beberapa praktik manajemen.

Proses COBIT 5 di MEA01 memiliki aktivitas berikut:

1. MEA01.01 (*Establish a Monitoring Approach*) Terlibat dengan pemangku kepentingan untuk mengembangkan dan memelihara pendekatan pemantauan untuk menentukan tujuan, ruang lingkup dan metode untuk mengukur aktivitas dan solusi layanan dan kontribusi untuk tujuan lembaga. Integrasikan pendekatan ini dengan sistem manajemen kinerja RS Syafira.
2. MEA01.02 (*Set Performance and Conformance Targets*) Bekerja dengan pemangku kepentingan untuk menentukan, secara berkala meninjau, memperbarui, dan menyetujui kinerja dan kesesuaian target dalam sistem pengukuran kinerja RS Syafira.
3. MEA01.03 (*Collect and Process Performance and Conformance Data*) Ini adalah praktik mengumpulkan dan memproses data secara tepat waktu dan akurat sesuai dengan pendekatan lembaga RS Syafira.
4. MEA01.04 (*Analyse and Report Performance*) Ini adalah praktik secara



#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

berkala meninjau dan melaporkan kinerja terhadap target, menggunakan metode yang memberikan pandangan ringkas tentang kinerja TI dan sesuai dengan sistem pemantauan RS Syafira.

5. MEA01.05 (*Ensure the Implementation of Corrective Actions*) Membantu para pemangku kepentingan dalam mengidentifikasi, memulai dan pelacakan tindakan korektif untuk mengatasi anomali RS Syafira.

## 2.9 RACI Chart

RACI Chart adalah singkatan dari *Responsible, Accountable, Consulted, Informed*. COBIT 5 menjelaskan bahwa RACI chart berfungsi untuk menunjukkan peran dan tanggung jawab suatu fungsi dalam organisasi terhadap aktivitas tertentu dalam IT *control objective*. Peran dan tanggung jawab merupakan dua hal yang sangat erat kaitannya dengan proses pengambilan keputusan. Keputusan bisa dibuat oleh pihak yang memang memiliki otoritas pengambilan keputusan. RACI diterapkan ke setiap aktivitas dalam TI *tujuan kontrol* untuk mendukung keberhasilan proses TI di keempat domain. Tujuan pemberian peran dan tanggung jawab adalah untuk memperjelas kegiatan, serta sarana untuk menentukan peran dan fungsi lain untuk suatu kegiatan tertentu. RACI Chart mendefinisikan apa dan kepada siapa akan didelegasikan, yang terdiri dari:

1. R= *Responsible*, adalah pihak yang harus memastikan kegiatan tersebut berhasil dilaksanakan.
2. A= *Accountable*, adalah pihak yang memiliki kewenangan untuk menyetujui atau menerima pelaksanaan kegiatan.
3. C= *Consulted*, adalah pihak yang pendapatnya dibutuhkan dalam kegiatan (komunikasi terarah).
4. I= *Informed*, adalah pihak yang selalu menjaga perkembangan informasi atas kegiatan yang dilakukan (komunikasi satu arah).

Berikut ini merupakan penentuan responden berdasarkan RACI chart proses MEA01 yang disediakan COBIT 5 dapat dilihat pada Gambar 2.7.



## Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

KMP REF	Practice	Board	CEO	CFO	COO	Business Executives	Business Process Owners	Steering (Program/Project) Committee	Chief Risk Officer	Chief Information Security Officer	Architecture Board	Enterprise Risk Committee	Compliance	HR	Audit	CEO	Head Architect	Head Development	Head IT Operations	Head IT Administration	Project Management Office	Value Management Office	Service Manager	Information Security Manager	Business Continuity Manager	Privacy Officer
MEA01.01	Establish a monitoring approach.		A	R	R	R	I	C					C	C	C	R	I	C	C	I	I		C	I	I	I
MEA01.02	Set performance and conformance targets.		I	I	I	C	R						C			A	C	R	R	I	I		R	I	I	I
MEA01.03	Collect and process performance and conformance data.					C	R						C			A		R	R	I	I		R	I	I	I
MEA01.04	Analyse and report performance.					C	R						C	C	C	A	C	R	R	C	C		R	C	C	C
MEA01.05	Ensure the implementation of corrective actions.		I	I	I	I	C	R					C	C	C	A	C	R	R	C	C		R	C	C	C

**Gambar 2.7. RACI Chart COBIT 5 MEA01 (ISACA, 2012d)**

Pada tabel *RACI chart* di atas menggambarkan kegiatan atau proses yang dilakukan oleh setiap individu yang terlibat. *Key Management Practice* (KMP) merupakan suatu praktek manajemen yang memuat aktivitas di setiap domain dalam COBIT 5. *RACI chart* di atas menjelaskan tentang aktivitas yang dilakukan dan individu yang terlibat. Berikut adalah penjelasan berdasarkan *RACI chart* COBIT 5 (ISACA., 2012);

1. *Board* adalah grup eksekutif dan / atau direktur non-eksekutif paling senior dari organisasi yang bertanggung jawab atas tata kelola organisasi dan memiliki kendali keseluruhan atas sumber daya.
2. *Chief Executives Officer* (CEO) adalah orang berpangkat tinggi yang bertanggung jawab atas keseluruhan manajemen organisasi.
3. *Chief Financial Officer* (CFO) adalah orang paling senior dari organisasi yang bertanggung jawab atas semua aspek manajemen keuangan termasuk risiko keuangan dan kontrol keuangan.
4. *Chief Operating Officer* (COO) adalah orang paling senior dalam organisasi yang bertanggung jawab atas operasi organisasi.
5. *Chief Risk Officer* (CRO) adalah orang paling senior dalam organisasi yang bertanggung jawab atas semua aspek manajemen risiko di seluruh organisasi.
6. *Chief Information Officer* (CIO) orang paling senior dalam organisasi yang bertanggung jawab untuk menyelaraskan TI dan strategi bisnis dan bertanggung jawab untuk merencanakan, mencari sumber, mengelola penyampaian layanan, dan solusi TI untuk mendukung tujuan organisasi.
7. *Chief Information Security Officer* (CISO) adalah orang paling senior dari organisasi yang bertanggung jawab atas informasi organisasi dalam segala

#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

© Hak cipta milik UIN Suska Riau

State Islamic University of Sultan Syarif Kasim Riau

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

bentuknya.

8. *Business Executive* adalah individu manajemen senior yang bertanggung jawab atas pengoperasian unit bisnis anak perusahaan tertentu.
9. *Business Process Owner* adalah individu yang bertanggung jawab atas kinerja dalam mewujudkan tujuan organisasi, mengontrol peningkatan proses, dan menyetujui perubahan proses.
10. *Strategi* (Eksekutif TI) Komite adalah komite yang bertanggung jawab untuk mengelola portofolio investasi yang terkait dengan TI, layanan TI, dan aset TI serta memastikan nilai diberikan dan risiko dikelola.
11. *(Proyek dan Program) Komite Pengarah* adalah sekelompok pemangku kepentingan dan ahli yang bertanggung jawab untuk mengembangkan program dan proyek, termasuk mengelola dan memantau rencana, mengalokasikan sumber daya dan mengelola program dan risiko proyek.
12. *Architecture Board* adalah sekelompok pemangku kepentingan dan ahli yang bertanggung jawab atas keputusan untuk menetapkan kebijakan dan standar arsitektur.
13. *Enterprise Risk Committee* adalah sekelompok eksekutif dari organisasi yang bertanggung jawab atas kolaborasi tingkat organisasi untuk mendukung manajemen risiko organisasi.
14. *Head of HR* adalah orang paling senior dari organisasi yang bertanggung jawab atas perencanaan dan kebijakan yang berkaitan dengan semua sumber daya manusia dalam organisasi.
15. *Compliance* adalah orang yang bertanggung jawab atas panduan kepatuhan peraturan dan kontrak.
16. *Audit* adalah orang yang bertanggung jawab untuk menyediakan audit internal.
17. *Kepala Arsitektur* adalah individu senior yang bertanggung jawab atas proses arsitektur perusahaan.
18. *Head of Development* adalah individu senior yang bertanggung jawab atas solusi proses pengembangan terkait TI.
19. *Head of IT Operations* adalah seorang senior yang bertanggung jawab atas infrastruktur TI dan lingkungan operasional.
20. *Kepala Administrasi TI* adalah individu yang bertanggung jawab atas pencatatan TI dan bertanggung jawab untuk mendukung urusan administrasi TI.
21. *Program and Project Management Officer (PMO)* adalah orang yang bertanggung jawab untuk mendukung manajer program dan proyek ser-

#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumpukan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

ta mengumpulkan informasi penilaian dan pelaporan tentang implementasi program dan proyek-proyek konstituen.

22. *Value Process Officer (VMO)* adalah orang yang bertindak sebagai sekretariat untuk mengelola portofolio dan layanan investasi termasuk menilai dan memberikan nasihat investasi.
23. *Service Manager* adalah individu yang mengelola pengembangan, implementasi, evaluasi dan manajemen yang sedang berlangsung.
24. *Information Security Manager* adalah individu yang mengelola, memantau, dan menilai keamanan informasi suatu organisasi.
25. *Business Continuity Manager* adalah seorang individu yang mengelola, mengawasi dan menilai kemampuan kelangsungan bisnis organisasi.
26. *Privacy Officer* adalah orang yang bertanggung jawab untuk memantau risiko dan dampak bisnis dari undang-undang privasi dan untuk memandu dan mengoordinasikan penerapan kebijakan dan aktivitas yang memastikan arahan privasi terpenuhi, juga dikenal sebagai petugas perlindungan data.

### 2.10 Process Assesment Model (PAM)

Menurut ISACA, *Process Assesment Model* (PAM) adalah model *kompatibel* untuk tujuan menilai kemampuan proses berdasarkan satu atau lebih model referensi (C. ISACA, 2013).

#### 2.10.1 Assessment Process Activities

*Assessment Process Activities* merupakan tahapan kegiatan dalam melaksanakan proses penilaian Tingkat Kapabilitas untuk organisasi (ISACA, 2012). Berikut ini adalah Proses Penilaian Kegiatan COBIT 5 yang terlihat pada Gambar 2.8.



**Gambar 2.8.** *Assessment Process Activities* (ISACA, 2012c)



1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

1. Inisiasi (*Initiation*)  
Tahap pertama adalah *Initiation* pada *Assessment Process Activities* yang ada di *Process Assessment Model COBIT 5*. Bertujuan untuk menjelaskan hasil identifikasi dari beberapa informasi yang dapat dikumpulkan.
2. Merencanakan Penilaian (*Planning the Assessment*)  
Tahap kedua adalah *Planning the Assessment* dengan melaksanakan rencana penilaian yang bertujuan untuk mendapatkan hasil dari penilaian *Capability Level*. Dengan memetakan *RACI Chart* di *COBIT 5* dengan beberapa staff RS Syafira sehingga selaras dengan kebutuhan kegiatan asesmen yang akan dinilai.
3. Pengarahan (*Briefing*)  
Tahap ketiga adalah *Briefing* dengan melakukan pembekalan agar memahami masukan, proses dan keluaran pada unit organisasi yang akan dinilai yaitu RS Syafira dengan menentukan jadwal, kendala yang dihadapi dalam melakukan asesmen, peran dan tanggung jawab, kebutuhan sumber daya dan sebagainya.
4. Pengumpulan Data (*Data Collection*)  
Tahap keempat adalah *Data Collection* untuk mengumpulkan data dari temuan yang ditemukan di RS Syafira yang bertujuan untuk mendapatkan bukti penilaian evaluasi atas proses kegiatan yang telah dilakukan.
5. Validasi Data (*Data Validation*)  
Tahap kelima adalah *Data Validation* melakukan validasi data yang bertujuan untuk mengetahui hasil perhitungan kuisioner guna mendapatkan evaluasi dari penilaian *Capability Level*.
6. Proses Tingkat Atribut (*Process Attribute Level*)  
Tahapan keenam adalah *Process Attribute Level* yang melaksanakan proses pemberian *level* pada atribut pada masing-masing indikator, yang bertujuan untuk menunjukkan hasil *Capability Level* dari hasil perhitungan kuisioner pada tahap sebelumnya dan melakukan analisis gap pada tahap selanjutnya.
7. Melaporkan Hasil (*Reporting the Result*) Tahap ketujuh adalah *Reporting the Result* melaporkan hasil evaluasi yang bertujuan untuk memberikan rekomendasi kepada RS Syafira dengan *COBIT 5*. Dalam praktek tata kelola teknologi informasi, *COBIT 5* memiliki beberapa syarat yang harus dipenuhi.

## 2.10.2 Indikator Kapabilitas Proses dalam COBIT 5

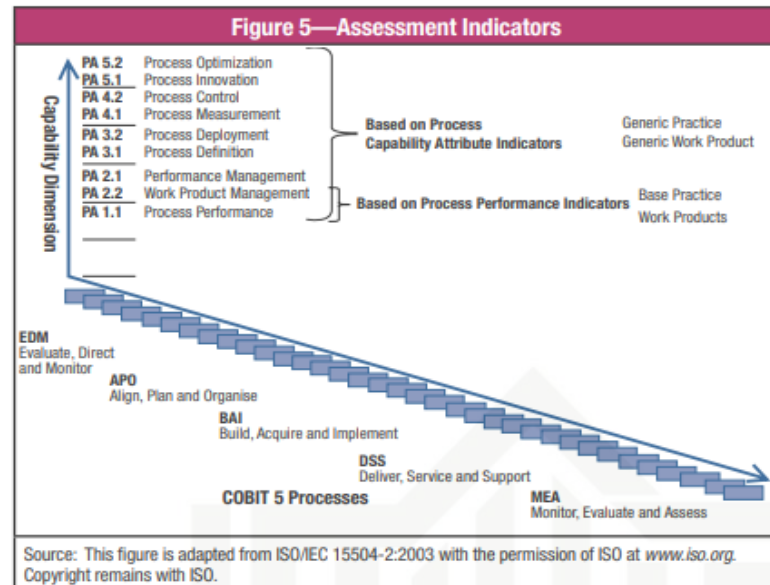
COBIT PAM didasarkan pada COBIT 5 dan *Organisasi Internasional untuk Standardisasi (ISO) / International Electrotechnical Commission (IEC) 15504*. PAM dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan penilaian berbasis proses COBIT untuk meningkatkan akurasi dan keandalan tinjauan proses TI. Model ini berfungsi sebagai dokumen referensi dasar untuk menilai kapabilitas proses TI organisasi saat ini serta poin-poin berikut:

1. Mendefinisikan persyaratan minimum untuk melakukan asesmen dan memastikan keluaran yang konsisten, berulang, dan representatif dari proses yang sedang dinilai.
2. Mendefinisikan kemampuan pemrosesan dalam dua dimensi, yaitu:
  - (a) Menggunakan proses material yang ditentukan dalam COBIT 5.
  - (b) Menggunakan tingkat peringkat kemampuan dan atribut proses yang ditentukan dalam ISO / IEC 15504-2.
3. Menggunakan indikator kemampuan proses dan kinerja proses untuk menentukan apakah atribut proses telah dicapai.
4. Proses pengukuran kinerja melalui serangkaian praktik dan aktivitas dasar yang diperlukan untuk memenuhi hasil proses dan input dan output produk kerja yang terkait dengan setiap proses.
5. Proses mengukur kemampuan dengan mencapai atribut (skala) melalui bukti tertentu (level 1) dan praktik umum (level yang lebih tinggi) dan hasil kerja.
6. Pahami bahwa penilaian proses dapat menjadi pendorong yang kuat dan efektif untuk peningkatan proses.

PAM adalah model kapabilitas proses dua dimensi. Dalam satu dimensi, dimensi proses, proses didefinisikan dan diklasifikasikan ke dalam kategori proses. Dalam dimensi lain, dimensi kapabilitas, sekumpulan atribut proses dikelompokkan ke dalam tingkat kapabilitas yang ditentukan. Atribut proses memberikan karakteristik kemampuan proses yang dapat diukur. Berikut ini adalah PAM COBIT 5 yang terlihat pada Gambar 2.9.

#### Hak Cipta Diindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.



**Gambar 2.9.** COBIT 5.0 Process Assessment Model (ISACA, 2012c)

#### 1. Level 1 - *Performed Process*

PA 1.1 Kinerja Proses adalah ukuran sejauh mana tujuan proses tercapai. Pencapaian penuh atribut ini menghasilkan proses mencapai hasil yang ditentukan, seperti yang ditunjukkan pada Tabel 2.2

**Tabel 2.2.** PA 1.1 *Performed Process*

Hasil Pencapaian Penuh	Praktik Dasar (BPs)	Produk Kerja (WPs)
Atribut		
Proses ini mencapai hasil yang ditentukan.	<b>BP 1.1.1 Mencapai hasil proses.</b> Ada bukti bahwa maksud dari praktek dasar sedang dilakukan.	Produk kerja diproduksi yang memberikan bukti hasil proses.

#### 2. Level 2- *Managed Process*

Performa proses sekarang diimplementasikan dengan cara yang terkelola (terencana, dipantau dan disesuaikan) dan produk kerjanya didirikan dengan tepat, dikendalikan dan dipelihara.

**PA 2.1 Manajemen Kinerja-** Ukuran sejauh mana kinerja proses. Sebagai hasil dari pencapaian penuh atribut ini:

- (a) Tujuan untuk kinerja proses diidentifikasi.
- (b) Kinerja proses direncanakan dan dipantau.
- (c) Kinerja proses disesuaikan untuk memenuhi rencana.



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

- Tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan proses didefinisikan, ditetapkan, dan dikomunikasikan.
  - Sumber daya dan informasi yang diperlukan untuk melakukan proses diidentifikasi, disediakan, dialokasikan dan digunakan.
  - Antarmuka antara pihak yang terlibat dikelola untuk memastikan komunikasi yang efektif dan penugasan tanggung jawab yang jelas.
- GP's Dan GWP yang memberikan bukti pencapaian atribut ditunjukkan pada Tabel 2.3

**Tabel 2.3.** PA 2.1 *Performance Management*

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GP's)	Produk Kerja Generik (G-WP)
a. Tujuan untuk kinerja proses diidentifikasi.	<b>GP 2.1.1 Mengidentifikasi tujuan kinerja proses.</b> Tujuan kinerja, yang dicakup bersama dengan asumsi dan batasan, didefinisikan dan dikomunikasikan.	<b>GWP 1.0 Dokumentasi proses</b> harus menguraikan ruang lingkup proses. <b>G-WP 2.0 Rencana proses</b> harus memberikan rincian tujuan kinerja proses.
b. Kinerja proses direncanakan dan dipantau.	<b>GP 2.1.2 Merencanakan dan memantau kinerja proses</b> untuk memenuhi tujuan yang diidentifikasi. Langkah-langkah dasar kinerja proses yang terkait dengan tujuan bisnis ditetapkan dan dipantau. Mereka termasuk tonggak penting, kegiatan, pekerjaan, dan jadwal yang diperlukan.	<b>GWP 2.0 Rencana proses</b> harus menggambarkan secara detail rincian tujuan kinerja proses. <b>G-WP 9.0 Kinerja proses</b> harus memberikan rincian hasilnya. <b>Catatan:</b> Pada tingkat ini, catatan kinerja proses mungkin dalam bentuk laporan, daftar masalah, dan catatan informal.



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

**Table 2.3 PA 2.1 Performance Management (tabel lanjutan)**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
c. Kinerja proses disesuaikan untuk memenuhi rencana.	<b>GP 2.1.3 Menyesuaikan kinerja proses.</b> Tindakan diambil ketika kinerja yang direncanakan tidak tercapai. Tindakan termasuk identifikasi masalah kinerja proses dan penyesuaian rencana dan jadwal yang sesuai.	<b>GWP 4.0 Catatan kualitas</b> harus memberikan rincian tindakan yang diambil ketika kinerja tidak tercapai.
d. Tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan proses didefinisikan, ditetapkan, dan dikomunikasikan	<b>GP 2.1.4 Mendefinisikan tanggung jawab dan wewenang</b> untuk melakukan proses. Tanggung jawab utama dan otoritas untuk melakukan kegiatan utama proses didefinisikan, ditetapkan, dan dikomunikasikan. Kebutuhan akan pengalaman kinerja proses, pengetahuan, dan keterampilan didefinisikan.	<b>GWP 1.0 Dokumentasi proses</b> harus memberikan rincian pemilik proses dan siapa yang bertanggung jawab, akuntabel, berkonultasi dan / atau informasi (RACI). <b>GWP 2.0 Rencana proses</b> harus mencakup rincian rencana komunikasi proses serta pengalaman kinerja proses, quirement keterampilan.
e. Sumber daya dan informasi yang diperlukan untuk melakukan proses diidentifikasi, disediakan, dialokasikan, dan digunakan.	<b>GP 2.1.5 Mengidentifikasi dan membuat sumber</b> daya yang tersedia untuk melakukan proses sesuai rencana. Sumber daya dan informasi yang diperlukan untuk melakukan aktivitas utama proses diidentifikasi, disediakan, dialokasikan, dan digunakan.	<b>GWP 2.0 Rencana proses</b> harus memberikan rincian rencana proses training dan rencana resourcing proses.

**Table 2.3 PA 2.1 Performance Management (tabel lanjutan)**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
f. Antarmuka antara pihak yang terlibat dikelola untuk memastikan komunikasi yang efektif dan penugasan tanggung jawab yang jelas.	<b>GP 2.1.6 Mengelola antarmuka antara</b> pihak yang terlibat. Individu dan kelompok yang terlibat dengan proses diidentifikasi, tanggung jawab didefinisikan dan mekanisme komunikasi yang efektif diberlakukan.	<b>GWP 1.0 Dokumentasi proses</b> harus memberikan rincian individu dan kelompok yang terlibat (pemasok, pelanggan, dan RACI). <b>GWP 2.0 Rencana proses</b> harus memberikan rincian rencana komunikasi proses.

**PA 2.2 Manajemen Produk Kerja-** Ukuran sejauh mana produk kerja yang dihasilkan oleh proses dikelola dengan tepat. Produk kerja yang dimaksud dalam ketentuan ini adalah produk yang dihasilkan dari pencapaian proses. Sebagai hasil dari pencapaian penuh atribut ini:

- Persyaratan untuk produk kerja proses didefinisikan.
- Persyaratan untuk dokumentasi dan kontrol produk kerja ditentukan.
- Produk kerja diidentifikasi, didokumentasikan, dan dikontrol dengan tepat.
- Produk kerja ditinjau sesuai dengan pengaturan yang direncanakan dan disesuaikan seperlunya untuk memenuhi persyaratan.

**Catatan:** Persyaratan untuk dokumentasi dan kontrol produk kerja dapat mencakup persyaratan untuk identifikasi perubahan dan status revisi, persetujuan dan ulang produk kerja, dan pembuatan versi yang relevan dari produk kerja yang berlaku yang tersedia di titik-titik penggunaan.

GPs Dan GWP yang memberikan bukti pencapaian atribut ditunjukkan pada Tabel 2.4





**Tabel 2.4.** PA 2.2 *Work Product Management*

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
a. Persyaratan untuk produk kerja proses didefinisikan.	<b>GP 2.2.1 Menentukan persyaratan untuk produk kerja,</b> termasuk struktur konten dan kriteria kualitas.	<b>GWP 3.0 Paket kualitas</b> harus memberikan rincian kriteria kualitas dan produk kerja content dan struktur.
b. Persyaratan untuk dokumentasi dan kontrol produk kerja ditentukan.	<b>GP 2.2.2 Menentukan persyaratan untuk dokumentasi dan kontrol produk kerja.</b> Ini harus mencakup identifikasi ketergantungan, persetujuan, dan kelayakan persyaratan.	<b>GWP 1.0 Dokumentasi proses</b> harus memberikan detail kontrol (matriks kontrol). <b>GWP 3.0 Paket kualitas</b> harus memberikan rincian produk kerja, kriteria kualitas, persyaratan dokumentasi dan kontrol perubahan.
c. Produk kerja diidentifikasi, didokumentasikan, dan dikontrol dengan tepat.	<b>GP 2.2.3 Mengidentifikasi, mendokumentasikan, dan mengontrol produk kerja.</b> Produk kerja dapat mengubah kontrol, penerapan versi, dan manajemen konfigurasi sebagaimana mestinya.	<b>GWP 3.0 Paket kualitas</b> harus memberikan rincian produk kerja, kriteria kualitas, persyaratan dokumentasi dan kontrol perubahan.
d. Produk kerja ditinjau sesuai dengan pengaturan yang direncanakan dan disesuaikan seperlunya untuk memenuhi persyaratan.	<b>GP 2.2.4 Meninjau dan menyesuaikan produk kerja</b> untuk memenuhi persyaratan yang ditentukan. Produk kerja dapat ditinjau terhadap persyaratan sesuai dengan pengaturan yang direncanakan dan masalah apa pun yang timbul diselesaikan.	<b>GWP 4.0 Catatan kualitas</b> harus memberikan jejak audit ulasan yang dilakukan.

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

3. Level 3- *Established Process*

Proses tata kelola sekarang diimplementasikan menggunakan proses yang ditentukan yang mampu mencapai hasil prosesnya.

**PA 3.1 Defenisi Proses** - Ukuran sejauh mana proses standar dipertahankan untuk mendukung penyebaran proses yang ditentukan. Sebagai hasil dari pencapaian penuh atribut ini:

- (a) Proses standar, termasuk pedoman yang sesuai, didefenisikan yang menjelaskan elemen mendasar yang harus dimasukkan ke dalam proses yang ditentukan.
- (b) Urutan dan interaksi proses standar dengan proses lain ditentukan.
- (c) Kompetensi dan peran yang diperlukan untuk melakukan proses diidentifikasi sebagai bagian dari proses standar.
- (d) Infrastruktur dan lingkungan kerja yang diperlukan untuk melakukan proses diidentifikasi sebagai bagian dari proses standar.
- (e) Metode yang sesuai untuk memantau efektivitas dan kesesuaian proses ditentukan.

Catatan: Proses standar dapat digunakan sebagaimana adanya saat menerapkan proses yang ditentukan.

GPs Dan GWP yang memberikan bukti pencapaian atribut ditunjukkan pada Tabel 2.5



**Tabel 2.5.** PA 3.1 *Process Definition*

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
a. Proses standar, termasuk pedoman yang sesuai, didefinisikan yang menjelaskan elemen mendasar yang harus dimasukkan ke dalam proses yang ditentukan.	<b>GP 3.1.1 Mendefinisikan proses standar</b> yang akan mendukung penyebaran proses yang ditentukan. Proses standar didefinisikan yang mengidentifikasi elemen proses dasar dan menyediakan panduan dan prosedur untuk mendukung implementasi dan panduan tentang bagaimana hal itu dapat disesuaikan ketika diperlukan.	<b>GWP 5.0 Kebijakan dan standar</b> harus memberikan rincian tujuan organisasi untuk proses, standar kinerja minimum, prosedur standar, serta persyaratan pelaporan dan pemantauan. Persyaratan jelas pada tingkat ini bukan hanya bahwa kebijakan dan standar ada, tetapi bahwa mereka diterapkan di seluruh organisasi.
b. Urutan dan interaksi proses standar dengan proses lain ditentukan.	<b>GP 3.1.2 Menentukan urutan dan interaksi antara</b> proses sehingga mereka bekerja sebagai sistem proses yang terintegrasi. Urutan proses standar dan interaksi dengan proses lain ditentukan dan dipertahankan ketika proses diterapkan di berbagai bagian organisasi.	<b>GWP 5.0 Kebijakan dan standar</b> harus menyediakan pemetaan proses dengan rincian proses standar dan urutan dan interaksi yang diharapkan. Persyaratan jelas pada tingkat ini bukan hanya bahwa kebijakan dan standar ada, tetapi bahwa mereka diterapkan di seluruh organisasi.

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.

b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.



Table 2.5 PA 3.1 *Process Definition* (tabel lanjutan)

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
c. Kompetensi yang dibutuhkan dan peran untuk melakukan proses diidentifikasi sebagai bagian dari proses standar	<b>GP 3.1.3 Mengidentifikasi peran dan kompetensi</b> untuk melakukan proses standar.	<b>GWP 5.0 Kebijakan dan standar</b> harus memberikan rincian peran dan kompetensi untuk berkinerja. Persyaratan jelas pada tingkat ini bukan hanya bahwa kebijakan dan standar ada, tetapi bahwa mereka diterapkan di seluruh organisasi.
d. Infrastruktur dan lingkungan kerja yang diperlukan untuk melakukan proses diidentifikasi sebagai bagian dari proses standar.	<b>GP 3.1.4 Mengidentifikasi infrastruktur dan lingkungan kerja</b> yang diperlukan untuk melakukan proses standar. Infrastruktur (fasilitas, untukols, metode, dll.) dan lingkungan kerja untuk melakukan proses standar diidentifikasi.	<b>GWP 5.0 Kebijakan dan standar</b> harus mengidentifikasi infrastruktur dan lingkungan kerja minimum yang diperlukan untuk melakukan proses. Persyaratan jelas pada tingkat ini bukan hanya bahwa kebijakan dan standar ada, tetapi bahwa mereka diterapkan di seluruh organisasi.

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.  
b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

**Table 2.5 PA 3.1 Process Definition (tabel lanjutan)**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
e. Metode yang sesuai untuk memantau efektivitas dan kesesuaian proses ditentukan.	<b>GP 3.1.5 Menentukan metode yang</b> sesuai untuk memantau efektivitas dan kesesuaian proses standar, termasuk memastikan bahwa kriteria dan data yang sesuai diperlukan untuk memantau efektivitas dan kesesuaian proses didefinisikan, dan menetapkan kebutuhan untuk melakukan audit internal dan tinjauan manajemen.	<b>GWP 5.0 Kebijakan dan standar</b> harus memberikan rincian tujuan organisasi untuk proses, standar kinerja minimum, prosedur standar, dan persyaratan pelaporan dan pemantauan. Persyaratan jelas pada tingkat ini bukan hanya bahwa kebijakan dan standar ada, tetapi bahwa mereka diterapkan di seluruh organisasi. <b>GWP 4.0 Catatan kualitas dan GWP 9.0 Catatan kinerja proses</b> harus memberikan bukti ulasan yang dilakukan.

**PA 3.2 Penyebaran Proses-** Ukuran sejauh mana proses standar secara efektif digunakan sebagai proses yang ditentukan untuk mencapai hasil prosesnya. Sebagai hasil dari pencapaian atribut ini:

- Proses yang ditentukan digunakan berdasarkan proses standar yang dipilih dan atau disesuaikan dengan tepat.
- Peran, tanggung jawab, dan wewenang yang diperlukan untuk melakukan proses yang ditentukan ditetapkan dan dikomunikasikan.
- Personel yang melakukan proses yang ditentukan kompeten berdasarkan pendidikan, pelatihan dan pengalaman yang sesuai.
- Sumber daya dan informasi yang diperlukan untuk melakukan proses yang ditentukan tersedia, dialokasikan, dan digunakan.
- Infrastruktur dan lingkungan kerja yang diperlukan untuk melakukan proses yang ditentukan disediakan, dan dikelola.
- Data yang sesuai dikumpulkan dan dianalisis sebagai dasar untuk

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

memahami perilaku proses, untuk menunjukkan kesesuaian dan efektivitas dan untuk mengevaluasi dimana perbaikan berkelanjutan dari proses yang dapat dilakukan.

Catatan: Kompetensi dihasilkan dari kombinasi pengetahuan, keterampilan, dan atribut pribadi yang diperoleh melalui pendidikan, pelatihan dan pengalaman.

GPs Dan GWP yang memberikan bukti pencapaian atribut ditunjukkan pada Tabel 2.6

**Tabel 2.6. PA 3.2 Process Deployment**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (GWP)
a. Proses yang ditentukan digunakan berdasarkan proses standar yang dipilih dan/atau disesuaikan dengan tepat.	<b>GP 3.2.1 Menerapkan proses yang ditentukan yang</b> memenuhi konteks. Ketika proses yang sama digunakan dalam berbagai bidang organisasi, itu didasarkan pada proses standard, disesuaikan sebagaimana mestinya, dengan kesesuaian dengan persyaratan proses yang ditentukan diverifikasi.	<b>GWP 5.0 Kebijakan dan standar</b> harus menentukan standar yang akan diikuti di semua implementasi proses. Persyaratan jelas pada tingkat ini bukan hanya bahwa kebijakan dan standar ada, tetapi bahwa mereka diterapkan di seluruh organisasi.
b. Peran, tanggung jawab, dan wewenang yang diperlukan untuk melakukan proses yang ditentukan ditetapkan dan dikomunikasikan.	<b>GP 3.2.2 Menetapkan dan mengkomunikasikan peran, tanggung jawab, dan wewenang</b> untuk melakukan proses yang ditentukan. Ketika proses yang sama digunakan dalam berbagai bidang organisasi, pihak berwenang dan peran untuk melakukan kegiatan proses ditugaskan dan dikomunikasikan.	<b>GWP 5.0 Kebijakan dan standar</b> harus memberikan rincian, tanggung jawab, dan wewenang untuk melakukan kegiatan proses. Persyaratan jelas pada tingkat ini bukan hanya bahwa kebijakan dan standar ada, tetapi bahwa mereka diterapkan di seluruh organisasi.





**Table 2.6 PA 3.2 Process Deployment (tabel lanjutan)**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
c. Personel yang melakukan proses yang ditentukan kompetensi berdasarkan pendidikan, pelatihan, dan pengalaman yang sesuai.	<b>GP 3.2.3 Memastikan kompetensi yang diperlukan</b> untuk melakukan proses yang ditentukan. Ketika proses yang sama digunakan dalam areant yang berbeda dari organisasi, kompetensi yang sesuai untuk personel yang ditetapkan diidentifikasi dan pelatihan yang sesuai tersedia bagi mereka yang menyebarkan proses yang ditentukan.	<b>GWP 1.0 Dokuemntasi proses</b> harus memberikan rincian kompetensi dan ke-setaraan pelatihan. <b>G-WP 2.0 Rencana pros-es</b> harus mencakup detail rencana komunikasi pros-es, rencana pelatihan, dan rencana resourcing untuk setiap contoh proses.
d. Sumber daya dan informasi yang diperlukan untuk melakukan proses yang ditentukan tersedi-a, dialokasikan, dan digu-nakan.	<b>GP 3.2.4 Menyediakan sumber daya dan infor-masi</b> untuk mendukung kinerja proses yang diten-tukan. Ketika proses yang sama digunakan dalam area organisasi, sumber daya manusia yang diper-lukan dan informasi untuk melakukan proses dise-diakan, dialokasikan dan digunakan.	<b>GWP 2.0 Paket pros-es</b> harus mencakup detail rencana resourcing untuk setiap contoh proses.

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

**Table 2.6 PA 3.2 Process Deployment (tabel lanjutan)**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
e. Infrastruktur dan lingkungan kerja yang diperlukan untuk melakukan proses yang ditentukan disediakan, dikelola, dan dikelola.	<b>GP 3.2.5 Menyediakan proses yang memadai infrastruktur untuk mendukung kinerja proses yang ditentukan.</b> Ketika proses yang sama digunakan berbagai bidang organisasi, dukungan organisasi yang diperlukan, infrastruktur dan lingkungan kerja disediakan, dialokasikan dan digunakan.	<b>GWP 2.0 Rencana proses</b> harus mencakup rincian infrastruktur proses dan lingkungan kerja untuk each instance proses.
f. Data yang sesuai dikumpulkan dan dianalisis sebagai dasar untuk memahami perilaku proses untuk menunjukkan kesesuaian dan efektivitasnya, dan untuk mengevaluasi di mana perbaikan berkelanjutan dari proses.	<b>GP 3.2.6 Mengumpulkan dan menganalisis data</b> tentang kinerja proses untuk menunjukkan kesesuaian dan efektivitasnya. Data yang diperlukan untuk memantau efektivitas dan kesesuaian proses di seluruh organisasi didefinisikan, dikumpulkan, dan dianalisis sebagai dasar untuk perbaikan berkelanjutan.	<b>GWP 4.0 Catatan kualitas dan GWP 9.0 Catatan kinerja proses</b> harus memberikan bukti ulasan yang dilakukan alat untuk setiap contoh proses.

4. Level 4- Predicttable Process

Proses yang ditetapkan sekarang beroperasi dalam batas yang ditentukan untuk mencapai hasil prosesnya.

**Pengukuran Proses PA 4.1-** Ukuran sejauh mana hasil pengukuran digunakan untuk memastikan bahwa kinerja proses mendukung pencapaian tujuan kinerja proses yang relevan untuk mendukung tujuan bisnis yang ditentukan. Tindakan mungkin berupa tindakan proses atau tindakan produk



#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

atau keduanya. Sebagai hasil dari pencapaian penuh atribut ini:

- (a) Memproses kebutuhan informasi dalam mendukung goal bisnis yang ditentukan yang relevan ditetapkan.
- (b) Tujuan pengukuran proses berasal dari kebutuhan informasi proses.
- (c) Tujuan kuantitatif untuk kinerja proses dalam mendukung tujuan bisnis yang relevan ditetapkan.
- (d) Pengukuran dan frekuensi pengukuran diidentifikasi dan didefinisikan sejalan dengan tujuan pengukuran proses dan tujuan kuantitatif untuk kinerja proses.
- (e) Hasil pengukuran dikumpulkan, dianalisis, dan dilaporkan untuk memantau sejauh mana tujuan kuantitatif untuk proses performanceterpenuhi.
- (f) Hasil pengukuran digunakan untuk mencirikan kinerja proses.

Catatan: Kebutuhan informasi biasanya dapat mencerminkan kebutuhan manajemen, teknis, proyek, proses, atau produk.

GPs Dan GWP yang memberikan bukti pencapaian atribut ditunjukkan pada Tabel 2.7

**Tabel 2.7.** PA 4.1 *Process Measurement*

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
a. Kebutuhan informasi proses untuk mendukung tujuan bisnis yang ditentukan yang relevan ditetapkan.	<b>GP 4.1.1 Mengidentifikasi kebutuhan informasi proses</b> , sehubungan dengan tujuan bisnis. Tujuan bisnis dan kebutuhan informasi pemangku kepentingan proses telah ditetapkan sebagaibasis untuk menentukan tujuan pengukuran kinerja proses.	<b>GWP 6.0 Rencana perbaikan proses</b> harus memberikan tujuan perbaikan proses dan usulan tindakan perbaikan.



**Table 2.7 PA 4.1 Process Measurement (tabel lanjutan)**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
b. Tujuan pengukuran proses berasal dari informasi proses needs.	<b>GP 4.1.2 Memperoleh tujuan pengukuran proses</b> dari kebutuhan informasi proses. Tujuan pengukuran didasarkan pada tujuan pengukuran proses yang ditentukan.	<b>GWP 7.0 Rencana pengukuran proses</b> harus memberikan rincian tujuan pengukuran yang diusulkan.
c. Tujuan kuantitatif untuk kinerja proses dalam mendukung tujuan bisnis yang relevan ditetapkan.	<b>GP 4.1.3 Menetapkan tujuan</b> kuantitatif untuk kinerja proses yang ditentukan, sesuai dengan penyesuaian proses dengan tujuan bisnis Tujuan pengukuran kuantitatif ditetapkan yang secara eksplisit mencerminkan tujuan bisnis dan telah diverifikasi sebagai realistis dan berguna dengan manajemen organisasi dan pemilik proses.	<b>GWP 7.0 Rencana pengukuran proses</b> harus memberikan rincian langkah-langkah dan indikator pengukuran yang diusulkan.
d. Pengukuran dan frekuensi pengukuran diidentifikasi dan didefinisikan sejalan dengan tujuan pengukuran proses dan tujuan kuantitatif untuk kinerja proses.	<b>GP 4.1.4 Mengidentifikasi langkah-langkah</b> produk dan proses yang mendukung pencapaian tujuan quantitative untuk kinerja proses. Langkah-langkah terperinci untuk produk dan proses diidentifikasi, bersama dengan frekuensi pengumpulan dan pengukuran data serta mekanisme verifikasi.	<b>GWP 7.0 Rencana pengukuran proses</b> harus memberikan rincian <b>langkah-langkah dan indikator</b> yang ditumpangi bersama dengan prosedur pengumpulan data dan prosedur analisis.

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber.

a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.

b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

**Table 2.7 PA 4.1 Process Measurement (tabel lanjutan)**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
e. Hasil pengukuran dikumpulkan, dianalisis, dan dilaporkan untuk memantau sejauh mana tujuan kuantitatif untuk kinerja proses terpenuhi.	<b>GP 4.1.5 Mengumpulkan produk dan memproses</b> hasil pengukuran melalui melakukan proses yang ditentukan. Hasil pengukuran produk dan proses dikumpulkan, dianalisis, dan dilaporkan sesuai dengan rencana yang ditentukan.	<b>GWP 7.0 Rencana pengukuran proses</b> harus memberikan rincian prosedur analitik yang diusulkan. <b>Catatan: GWP 9.0 Kinerja Proses</b> harus memberikan rincian pengukuran yang dikumpulkan dan dianalisis analysed.
f. Hasil pengukuran digunakan untuk mencirikan proses performance.	<b>GP 4.1.6 Gunakan hasil pengukuran yang</b> ditentukan untuk memantau dan memverifikasi pencapaian tujuan kinerja proses. Hasil dari yang didefinisikan dianalisis untuk memverifikasi pencapaian terhadap tujuan kinerja proses. Teknik propriate digunakan untuk memahami kinerja dan kemampuan proses dalam batas kontrol yang ditentukan.	<b>GWP 9.0 Catatan: Kinerja proses</b> harus memberikan rincian pengukuran yang dikumpulkan dan dianalisis.

**PA 4.2 Kontrol Proses-** Ukuran sejauh mana proses secara kuantitatif berhasil menghasilkan proses yang stabil, mampu, dan dapat diprediksi dalam batas yang ditentukan. Sebagai hasil dari pencapaian penuh atribut ini:

- Teknik analisis dan kontrol ditentukan dan diterapkan jika berlaku.
- Batas kontrol variasi ditetapkan untuk kinerja proses normal.
- Data pengukuran dianalisis untuk penyebab variasi khusus.
- Tindakan korektif diambil untuk mengatasi penyebab variasi khusus.



- (e) Kontrol membatasi are re-established (sebagaimana diperlukan) mengikuti tindakan korektif.

GPs Dan GWP yang memberikan bukti pencapaian atribut ditunjukkan pada Tabel 2.8

**Tabel 2.8.** PA 4.2 *Process Control*

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
a. Teknik analisis dan kontrol ditentukan dan diterapkan jika berlaku.	<b>GP 4.2.1 Menentukan teknik analisis</b> dan kontrol yang sesuai untuk mengontrol kinerja proses. Metode mengukur efektivitas kontrol proses didefinisikan dan divalidasi.	<b>GWP 1.0 Dokumentasi proses</b> harus memberikan detail kontrol (matriks kontrol). <b>GWP 8.0 Rencana kontrol proses</b> harus ada yang menentukan untuk setiap proses pendekatan pengukuran.
b. Batas kontrol variasi ditetapkan untuk kinerja proses normal.	<b>GP 4.2.2 Mendefinisikan parameter</b> yang cocok untuk mengontrol kinerja proses. Definisi proses standar dimodifikasi untuk menyertakan metode untuk kontrol proses dan batas kontrol ditetapkan.	<b>GWP 8.0 Rencana kontrol proses</b> harus ada yang menentukan untuk setiap batas kontrol untuk kinerja normal.
c. Data pengukuran dianalisis untuk penyebab variasi khusus.	<b>GP 4.2.3 Menganalisis proses dan hasil pengukuran produk untuk</b> mengidentifikasi variasi dalam kinerja proses. Hasil pengukuran kontrol proses dianalisis untuk menentukan masalah yang menjadi perhatian dan diteruskan untuk tindakan.	<b>GWP 9.0 Catatan kinerja proses</b> harus memberikan rincian pengukuran yang dikumpulkan dan dianalisis analysed.



**Table 2.8 PA 4.2 Process Control (tabel lanjutan)**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
d. Tindakan korektif diambil untuk mengatasi penyebab variasi khusus.	<b>GP 4.2.4 Mengidentifikasi dan menerapkan tindakan korektif</b> untuk mengatasi penyebab yang dapat ditetapkan. Tindakan korektif diambil untuk mengatasi masalah kontrol proses dan hasil dipantau dan dievaluasi.	<b>GWP 9.0 Catatan kinerja proses</b> harus memberikan rincian pengukuran yang dikumpulkan dan dianalisis dan tindakan korektif yang diambil.
e. Batas kontrol ditetapkan kembali (sebagaimana diperlukan) setelah tindakan korektif.	<b>GP 4.2.5 Menetapkan ulang batas kontrol</b> setelah tindakan korektif. Batas kontrol proses dimodifikasi dengan tepat setelah tindakan korektif diambil.	<b>GWP 8.0 Rencana kontrol proses</b> harus ada yang menentukan batas kontrol untuk kinerja normal.

##### 5. Level 5 - Optimising Process

Proses yang Dapat Diprediksi terus ditingkatkan untuk memenuhi tujuan bisnis saat ini dan yang diproyeksikan yang relevan.

**PA 5.1 Inovasi Proses-** Ukuran sejauh mana perubahan pada proses diidentifikasi dari analisis penyebab umum es variasi dalam kinerja, dan dari penyelidikan pendekatan inovatif hingga definisi dan penyebaran proses. Sebagai hasil dari pencapaian penuh atribut ini:

- Tujuan perbaikan proses untuk proses didefinisikan yang mendukung tujuan bisnis yang relevan.
- Data yang sesuai dianalisis untuk mengidentifikasi penyebab umum variasi dalam kinerja proses.
- Data yang sesuai dianalisis untuk mengidentifikasi peluang untuk praktik dan inovasi terbaik.
- Peluang peningkatan yang berasal dari technologies baru dan konsep proses diidentifikasi.
- Strategi implementasi dibentuk untuk mencapai tujuan perbaikan proses.



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

GPs dan GWP yang memberikan bukti pencapaian atribut ditunjukkan pada gambar Tabel 2.9.

**Tabel 2.9.** PA 5.1 *Process Innovation*

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
a. Tujuan perbaikan proses untuk proses didefinisikan yang mendukung tujuan bisnis yang relevan.	<b>GP 5.1.1 Mendefinisikan tujuan peningkatan proses untuk proses</b> yang mendukung tujuan bisnis yang relevan. Petunjuk untuk memproses inovasi ditetapkan. Tujuan perbaikan proses antitatif dan kualitatif berdasarkan potensi inovasi proses serta visi dan tujuan bisnis telah didefinisikan dan didokumentasikan.	<b>GWP 7.0 Rencana perbaikan proses</b> harus memberikan tujuan perbaikan proses tindakan-perbaikan yang diusulkan.
b. Data yang sesuai dianalisis untuk mengidentifikasi penyebab umum variasi dalam kinerja proses.	<b>GP 5.1.2 Menganalisis data pengukuran proses untuk</b> mengidentifikasi variasi nyata dan potensial dalam kinerja proses. Data performance proses dianalisis untuk mengidentifikasi variasi dalam kinerja proses bersama dengan akar penyebab masalah kinerja proses umum.	<b>GWP 9.0 Catatan: kinerja proses</b> harus memberikan rincian pengukuran yang dikumpulkan dan dianalisis analysed.



**Table 2.9 PA 5.1 Process Innovation (tabel lanjutan)**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
c. Data yang sesuai dianalisis untuk mengidentifikasi peluang untuk praktik dan inovasi terbaik.	<b>GP 5.1.3 Mengidentifikasi peningkatan proses</b> berdasarkan inovasi dan praktik terbaik. Peluang peningkatan proses diidentifikasi berdasarkan perbandingan dengan praktik terbaik industri.	<b>GWP 6.0 Rencana perbaikan proses</b> harus memberikan rincian analisis terhadap praktik terbaik.
d. Peluang peningkatan yang berasal dari teknologi baru dan konsep proses diidentifikasi.	<b>GP 5.1.4 Memperoleh peluang peningkatan proses dari teknologi baru dan konsep proses.</b> Peluang peningkatan proses diidentifikasi berdasarkan review dan analisis inovasi konsep teknologi dan proses yang muncul, dengan mempertimbangkan perubahan lingkungan bisnis termasuk risiko bisnis yang muncul.	<b>GWP 6.0 Rencana perbaikan proses</b> harus memberikan rincian analisis ortunitas peningkatan teknologi.

**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

**Table 2.9 PA 5.1 Process Innovation (tabel lanjutan)**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
e. Strategi implementasi dibentuk untuk mencapai tujuan perbaikan proses.	<b>GP 5.1.5 Mendefinisikan strategi</b> implementasi berdasarkan visi dan tujuan peningkatan jangka panjang. Strategi perbaikan proses didefinisikan dan divalidasi berdasarkan tujuan dan tujuan perbaikan jangka panjang. Komitmen terhadap perbaikan ditunjukkan oleh manajemen organisasi dan pemilik proses.	<b>GWP 6.0 Rencana perbaikan proses</b> harus memberikan rincian strategi implementasi untuk perbaikan proses.

**PA 5.2 Pengoptimalan Proses-** Ukuran sejauh mana perubahan pada definisi, manajemen, dan kinerja proses menghasilkan dampak efektif yang mencapai tujuan perbaikan proses yang relevan. Sebagai hasil dari pencapaian penuh atribut ini:

- Dampak dari semua perubahan yang diusulkan dinilai terhadap tujuan proses dan proses standar yang ditentukan.
- Implementasi semua perubahan yang disepakati berhasil memastikan bahwa setiap gangguan pada kinerja proses dipahami dan ditindak.
- Berdasarkan kinerja aktual, efektivitas perubahan proses dievaluasi terhadap persyaratan produk yang ditentukan dan tujuan proses untuk menentukan apakah hasil disebabkan oleh penyebab umum atau khusus.

GPs dan GWP yang memberikan bukti pencapaian atribut ditunjukkan pada Tabel 2.10.



**Tabel 2.10. PA 5.2 Process Optimization**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
a. Dampak dari semua perubahan yang diusulkan dinilai terhadap tujuan proses dan proses standar yang ditentukan.	<b>GP 5.2.1 Menilai dampak dari setiap perubahan</b> yang diusulkan terhadap tujuan proses yang ditentukan dan standar. Dampak perubahan yang diusulkan dinilai terhadap tujuan proses dan untuk menentukan dampak pada kualitas produk dan kinerja proses serta proses terkait lainnya.	<b>GWP 6.0 Rencana perbaikan proses</b> harus memberikan rincian pendekatan proyek perbaikan proses quality yang diperlukan.
b. Implementasi semua perubahan yang disepakati berhasil memastikan bahwa setiap gangguan pada kinerja proses dipahami dan ditindak.	<b>GP 5.2.2. Mengelola implementasi perubahan yang disepakati pada</b> area yang dipilih dari proses yang ditentukan dan standar sesuai dengan strategi implementasi. Implementasi perubahan yang disepakati dikelola sesuai dengan manajemen perubahan yang ditentukan dan proses peningkatan enablement.	<b>GWP 6.0 Rencana perbaikan proses</b> harus memberikan rincian strategi implementasi untuk proses improvement dan bukti perubahan dalam: <b>-GWP 1.0 Dokumentasi proses -GWP 3.0 Paket kualitas -GWP 5.0 Kebijakan dan standar</b>

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.

b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.



**Table 2.10 PA 5.2 Process Optimization (tabel lanjutan)**

Hasil Pencapaian Penuh Atribut	Praktik Generik (GPs)	Produk Kerja Generik (G-WP)
c. Berdasarkan kinerja aktual, efektivitas perubahan proses dievaluasi terhadap persyaratan produk yang ditentukan dan tujuan proses untuk menentukan apakah hasil disebabkan oleh penyebab umum atau khusus.	<b>GP 5.2.3 Berdasarkan kinerja aktual, mengevaluasi effectiveness proses terhadap kinerja proses, tujuan kemampuan, dan tujuan bisnis. Efektivitas perubahan yang dilakukan pada proses diukur, dievaluasi, dan dilaporkan setelah implementasi.</b>	<b>GWP 6.0 Rencana perbaikan proses harus provide rincian dari pendekatan kualitas proyek perbaikan proses yang diperlukan.</b>

## 2.11 Metode Skala Pengukuran *Capability level*

### 2.11.1 Skala Likert

Dalam penelitian ini penulis menggunakan Skala Likert sebagai metode perhitungan pada instrument penelitian. Skala Likert merupakan skala yang dapat dipergunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang tentang suatu gejala atau fenomena tertentu (Breton, Kovatchev, Budiman, dan Doniger, 2014).

Menurut Sugiyono (2015), Skala Likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau kelompok orang tentang fenomena social, fenomena social ini telah ditetapkan secara spesifik oleh peneliti dan selanjutnya disebut sebagai variable penelitian. Data yang telah terkumpul melalui kuesioner, kemudian diolah kedalam bentuk kuantitatif, yaitu dengan cara menetapkan skor jawaban dari pertanyaan yang telah dijawab oleh responden, dimana pemberian skor tersebut pada ketentuan sebagai berikut.

Berikut ini tabel Skala Likert dapat dilihat pada Tabel 2.11.

**Tabel 2.11. Skala Likert (Sugiyono, 2015)**

Alternatif	Positif	Negatif
Sangat Setuju	5	1
Setuju	4	2
Ragu-ragu	3	3
Tidak Setuju	2	4

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

**Table 2.11 Skala Likert (tabel lanjutan)**

Alternatif	Positif	Negatif
Sangat Tidak Setuju	1	5

### 2.11.2 Skala Rating Scale

Menurut ISACA (2012c), indikator kapabilitas proses adalah kemampuan proses dalam meraih tingkat kapabilitas yang ditentukan oleh atribut proses. Bukti atas indikator proses akan mendukung penilaian atas pencapaian atribut proses. Dimensi kapabilitas dalam model penilaian proses apakah mencakup enam tingkat kapabilitas. Di dalam enam tingkatan tersebut, terdapat indikator atribut proses. Tingkat 0 tidak memiliki indikator apapun, karena tingkat 0 menyatakan proses yang belum di implementasikan atau proses yang gagal, meskipun sebagian, untuk mencapai hasil akhirnya. Kegiatan penilaian membedakan antara penilaian untuk level 1 dengan level yang lebih tinggi. Hal ini dilakukan karena level 1 menentukan apakah suatu proses mencapai tujuannya, dan oleh karena itu sangat penting untuk dicapai, dan juga menjadi pondasi dalam meraih level yang lebih tinggi.

Menurut C. ISACA (2013), dalam penilaian di tiap levelnya, hasil akan diklasifikasikan dalam 4 kategori seperti yang terlihat pada Gambar 2.10.

Figure 4—Capability Levels and Process Attributes	
Process Attribute ID	Capability Levels and Process Attributes
	<b>Level 0: Incomplete process</b>
	<b>Level 1: Performed process</b>
PA 1.1	Process performance
	<b>Level 2: Managed process</b>
PA 2.1	Performance management
PA 2.2	Work product management
	<b>Level 3: Established process</b>
PA 3.1	Process definition
PA 3.2	Process deployment
	<b>Level 4: Predictable process</b>
PA 4.1	Process measurement
PA 4.2	Process control
	<b>Level 5: Optimizing process</b>
PA 5.1	Process innovation
PA 5.2	Process optimization
Source: This figure is adapted from ISO/IEC 15504-2:2003 with the permission of ISO at <a href="http://www.iso.org">www.iso.org</a> . Copyright remains with ISO.	

**Gambar 2.10. Level Kemampuan dan Atribut Proses (C. ISACA, 2013)**

1. N (Not achieved/tidak tercapai) Dalam kategori ini tidak ada atau hanya sedikit bukti atas pencapaian atribut proses tersebut. Range nilai yang diraih pada kategori ini berkisar 0-15%.
2. P (Partially achieved/tercapai sebagian) Dalam kategori ini terdapat beberapa bukti mengenai pendekatan, dan beberapa pencapaian atribut atas proses tersebut. Range nilai yang diraih pada kategori ini berkisar 15%-50%.

3. L (Largely achieved/secara garis besar tercapai) Dalam kategori ini terdapat bukti atas pendekatan sistematis, dan pencapaian signifikan atas proses tersebut, meski mungkin masih ada kelemahan yang tidak signifikan. Range nilai yang diraih pada kategori ini berkisar 50%-85%.
4. F (Fully achieved/tercapai penuh) Dalam kategori ini terdapat bukti atas pendekatan sistematis dan lengkap, dan pencapaian penuh atas atribut proses tersebut. Tidak ada kelemahan terkait atribut proses tersebut. Range nilai yang diraih pada kategori ini berkisar 85%-100%.

Berikut Skala Rating Scale dapat dilihat pada Gambar 2.11.

Figure 6—Rating Levels		
Abbreviation	Description	% Achieved
N	Not achieved	0 to 15% achievement
P	Partially achieved	>15% to 50% achievement
L	Largely achieved	>50% to 85% achievement
F	Fully achieved	>85% to 100% achievement

Source: This figure is reproduced from ISO/IEC 15504-2:2003, with the permission of ISO/IEC at [www.iso.org](http://www.iso.org). Copyright remains with ISO/IEC.

**Gambar 2.11.** Skala Rating Scale (C. ISACA, 2013)

Menurut ISACA (2012c), suatu proses cukup meraih kategori Largely achieved (L) atau Fully achieved (F) untuk dapat dinyatakan bahwa proses tersebut telah meraih suatu level kapabilitas tersebut, namun proses tersebut harus meraih kategori Fully achieved (F) untuk dapat melanjutkan penilaian ke level kapabilitas berikutnya, misalnya bagi suatu proses untuk meraih level kapabilitas 3, maka level 1 dan 2 proses tersebut harus mencapai kategori Fully achieved (F), sementara level kapabilitas 3 cukup mencapai kategori Largely achieved (L) atau Fully achieved (F).

Menurut ISACA (2012c), untuk penilaian capability level terbagi menjadi level-level sebagai berikut:

1. Incomplete Process-0

Proses tidak diterapkan atau gagal untuk mencapai tujuan prosesnya. Pada tingkat ini, ada bukti sedikit atau tidak ada dari setiap pencapaian sistematis tujuan proses.

2. Performed Process-1

Proses dilaksanakan mencapai tujuan prosesnya.





1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

3. Managed Process–2  
Proses sebelumnya dijelaskan dilakukan sekarang diimplementasikan dalam dikelola mode (direncanakan, dimonitor dan disesuaikan) dan produk pekerjaannya secara tepat ditetapkan, dikendalikan dan dipertahankan.
4. Established Process–3  
Proses sebelumnya dijelaskan dikelola sekarang diimplementasikan menggunakan proses didefinisikan yang mampu mencapai hasil prosesnya.
5. Predictable process–4  
Proses dijelaskan didirikan sekarang beroperasi dalam didefinisikan batas untuk mencapai hasil prosesnya.
6. Optimising process–5  
Proses yang telah dijelaskan sebelumnya, proses diprediksi terus ditingkatkan untuk memenuhi tujuan bisnis yang relevan saat ini dan proyeksi.

## 2.12 Menentukan tingkat Kapabilitas pada COBIT 5

Tingkat kapabilitas proses ditentukan oleh apakah atribut telah tercapai *Largely atau Fully*. Dan apakah proses untuk tingkat yang lebih rendah telah sepenuhnya tercapai.

Berikut ini tabel Skala Likert dapat dilihat pada Tabel 2.12.

**Tabel 2.12.** Tingkat Kapabilitas pada COBIT 5

Skala	Process Atribut	Rating
Level 1	Process Performance	Largely or Fully
	Process Performance	Fully
Level 2	Performance Management	Largely or Fully
	Work Product Management	Largely or Fully
Level 3	Process Performance	Fully
	Performance Management	Fully
	Work Product Management	Fully
	Process Definition	Largely or Fully
	Process Deployment	Largely or Fully
	Process Performance	Fully
Level 4	Performance Management	Fully
	Work Product Management	Fully
	Process Definition	Fully
	Process Deployment	Fully
	Process Measurement	Largely or Fully

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

**Table 2.12 Tingkat Kapabilitas pada COBIT 5 (tabel lanjutan)**

Skala	Process Atribut	Rating
Level 5	<i>Process Control</i>	<i>Largely or Fully</i>
	<i>Process Performance</i>	<i>Fully</i>
	<i>Performance Management</i>	<i>Fully</i>
	<i>Work Product Management</i>	<i>Fully</i>
	<i>Process Definition</i>	<i>Fully</i>
	<i>Process Deployment</i>	<i>Fully</i>
	<i>Process Measurement</i>	<i>Fully</i>
	<i>Process Control</i>	<i>Fully</i>
	<i>Process Innovation</i>	<i>Largely or Fully</i>
	<i>Process Optimization</i>	<i>Largely or Fully</i>

Pada bukunya Surendro (2009) berjudul “Implementasi Tata Kelola IT”, dijelaskan tentang hasil dari perhitungan kuesioner yang direkapitulasi untuk dapat mempresentasikan persentase dan *Capability Levels*. Maka dapat dijelaskan dengan rumus penelitian sebagai berikut:

### 2.12.1 Menghitung Rekapitulasi Jawaban Kuesioner

Dalam proses perhitungan *capability level* atau tingkat kapabilitas dari kuesioner masing-masing fokus proses menggunakan rumus oleh (Surendo, 2009) pada bukunya yang berjudul “Implementasi Tata Kelola TI”. Pada buku tersebut menjelaskan hasil dari perhitungan kuesioner yang direkapitulasi untuk dapat mempresentasikan presentase dan tingkat kapabilitas. Berikut ini penjelasan dari rumus adalah:

$$C = \frac{H}{JR} \times 100\% \quad (2.1)$$

Keterangan:

1. C: Rekapitulasi jawaban kuesioner *Capability Levels* dalam bentuk presentase pada masing-masing jawaban **0, 1, 2, 3, 4**, atau **5** di masing masing aktivitas.
2. H: Jumlah jawaban kuesioner *Capability Levels* pada masing-masing pilihan jawaban level 0, 1, 2, 3, 4, atau 5 di setiap aktivitas.
3. JR: Jumlah Responden/ Narasumber.

## 2.12.2 Menghitung Nilai dan Level Kapabilitas

$$NK = \frac{(LP \times Nk)0 + (LP \times Nk)1 + (LP \times Nk)2 + (LP \times Nk)3 + (LP \times Nk)4 + (LP \times Nk)5}{100} \quad (2.2)$$

Keterangan:

1. NK: Nilai Kematangan pada proses TI.
2. LP: Level percentage (tingkat persentase pada setiap distribusi jawaban kuesioner Capability Level).
3. Nk: Nilai Kematangan yang tertera pada tabel pemetaan jawaban, nilai dan tingkat kematangan.

Pada penelitian ini dilakukan perbedaan istilah antara nilai kapabilitas dan tingkat kapabilitas. Nilai kapabilitas bisa bernilai tidak bulat (bilangan decimal) yang mempresentasikan proses pencapaian menuju suatu tingkat kapabilitas tertentu. Sedangkan tingkat kapabilitas lebih menunjukkan tahapan atau kelas yang dicapai dalam proses kapabilitas yang dinyatakan dalam bilangan bulat (Surendro, 2009). Penjelasan tingkat kapabilitas dapat dilihat pada asumsi bahwa setiap sub proses memiliki nilai dan pembobotan terhadap tingkat kapabilitas yang sama terhadap proses pada tabel dibawah ini Tabel 2.13.

**Tabel 2.13.** Pemetaan Nilai Jawaban Kuesioner dan Tingkat Kapabilitas

Rentang Nilai	Jawaban	Nilai Kapabilitas	Tingkat Kapabilitas
0-0,50	0	0,00	0 ( <i>Incomplete Process</i> )
0,51-1,50	1	1,00	1 ( <i>Performed Process</i> )
1,51-2,50	2	2,00	2 ( <i>Managed Process</i> )
2,51-3,50	3	3,00	3 ( <i>Established Process</i> )
3,51-4,50	4	4,00	4 ( <i>Predictable Process</i> )
4,51- 5,00	5	5,00	5 ( <i>Optimising Process</i> )

## 2.13 Profil Instansi

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika, dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Dalam penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit harus mengacu pada peraturan perundang-

undangan yang berlaku.

Dalam ekonomi dan lingkungan pasar yang kompetitif di Kota Pekanbaru serta peraturan yang terus berubah maka Rumah Sakit Syafira terus berjuang untuk mengidentifikasi dan mengelola resiko yang dihadapi. Memaksimalkan nilai dan efektifitas sangat penting untuk berkembang saat ini. Tantangan- tantangan bisnis yang baru mendorong Direktur dan Manajemen untuk terus mencari cara agar senantiasa meng-upgrade manajemen resiko yang dilakukan. Membangun fungsi manajemen strategis RS merupakan solusi untuk mengatasi tantangan tersebut.

Rumah sakit dalam menjalankan peran manajemen strategis RS perlu melakukan pembuatan profil RS pada selang waktu yang terencana untuk menentukan apakah sistem manajemen mutu telah berjalan sesuai dengan pengaturan yang direncanakan dan telah memenuhi persyaratan. Hal ini akan menentukan apakah sistem manajemen mutu dipelihara dan telah diimplementasikan secara efektif. Rumah sakit dalam melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan umum dan pelayanan medis dapat melalui akreditasi RS, sertifikasi, maupun proses peningkatan mutu lainnya. Dalam peningkatan kinerja rumah sakit maka diperlukan profil Rumah Sakit.

### 2.13.1 Sejarah

Rumah Sakit Syafira Pekanbaru pada awalnya berupa klinik yang dibangun pada tahun 2006 dengan nama klinik Syafira Pekanbaru, berupa klinik khusus kandungan dan anak. Pada akhir tahun 2009 Klinik Syafira Pekanbaru berganti menjadi Rumah Sakit Khusus Bedah dan Kebidanan Syafira Pekanbaru dengan nomor surat izin Rumah Sakit 0215/BPT/2009 Surat ini dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Riau serta dibentuk Struktur Organisasinya. Rumah Sakit khusus Bedah dan Kebidanan Syafira Pekanbaru merupakan Rumah Sakit Kelas C dengan kode Rumah sakit: 1471079.

Rumah Sakit Syafira berada dibawah naungan kepemilikan PT. Diandra Kartika Nasir yang mempunyai gedung utama terdiri dari 6 lantai. Rumah Sakit Syafira Pekanbaru ini merupakan pengembangan usaha dari klinik yang didorong pengalaman bertahun-tahun sejak didirikan pada tahun 2006 yang telah berhasil memberikan pelayanan yang cukup memuaskan bagi masyarakat Pekanbaru. Berada ditengah kota serta dipinggir jalan raya yang mudah dijangkau oleh seluruh masyarakat Pekanbaru berlokasi di Jalan Jendral Sudirman No.134 Pekanbaru-Riau dengan batas wilayah sebagai berikut:

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Pekanbaru Jalan Puyuh Kota
2. Sebelah Selatan berbatasan dengan Pasar Dupa Kota Pekanbaru



#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

3. Sebelah Timur berbatasan dengan Jalan Jendral Sudirman Kota Pekanbaru
4. Sebelah Barat berbatasan dengan Jalan Kereta Api Kota Pekanbaru

Tepat dibulan Juli 2012, Rumah Sakit Syafira berhasil mendapatkan Akreditasi Dasar dengan predikat LULUS TANPA SYARAT. Suatu kebanggaan tersendiri dari pihak Rumah Sakit mendapatkan jawaban penilaian tersebut dari KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) Nasional, dengan Nomor Sertifikasi Akreditasi Rumah Sakit: KARS-SERT/684/VI/2012, dimana telah memenuhi standar pelayanan rumah sakit meliputi: Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan Rekam Medis.

Pada bulan Desember tahun 2016, akhirnya Rumah Sakit Syafira telah berhasil LULUS Akreditasi KARS dengan nilai PARIPURNA. Suatu pencapaian kesuksesan yang semakin meningkat dalam perkembangan RS Syafira di Kota Pekanbaru dan merupakan satu-satunya RS tipe C yang telah lulus akreditasi PARIPURNA di Kota Pekanbaru. Selanjutnya, Rumah Sakit saat ini di Kota Pekanbaru mengalami pertumbuhan yang sangat cepat sehingga memacu untuk terus mengembangkan seluruh aspek pelayanan di Rumah Sakit.

#### 2.13.2 Visi

Terwujudnya Rumah Sakit unggulan yang memberikan Pelayanan Bermutu dan dapat memberikan manfaat kepada masyarakat.

#### 2.13.3 Misi

1. Memberikan pelayanan yang optimal dan berkualitas.
2. Melakukan manajemen peningkatan mutu terus menerus.
3. Menjalin kerjasama dengan para profesional yang ahli di bidangnya dalam rangka pengembangan Rumah Sakit.
4. Memotivasi kinerja karyawan melalui peningkatan profesionalisme dan kesejahteraan karyawan.

#### 2.13.4 Logo dan Motto

1. Logo  
Berikut Logo RS Syafira dapat dilihat pada Gambar 2.12.



**Gambar 2.12.** Logo RS Syafira

2. Motto

“Melayani Dengan Senyum Tulus”

## 2.14 Stuktur Organisasi

Salah satu syarat untuk menunjang suksesnya sebuah organisasi adalah terletak pada struktur organisasi dan adanya manajemen yang baik, karena tanpa adanya struktur organisasi dan manajemen, maka akan terjadi kesimpangsiuran dalam menjalankan berbagai aktifitas instansi.

Mendorong kerja sama baik dan untuk meningkatkan pelayanan yang sesuai dengan pemerintah maupun masyarakat untuk melaksanakan berbagai urusan administrasi dengan lancar, maka sangatlah dibutuhkan suatu struktur organisasi yang baik. Struktur organisasi merupakan perwujudan yang menunjukkan hubungan antara fungsi-fungsi dari suatu organisasi serta wewenang dan tanggung jawab setiap anggota organisasi yang menjalankan masing-masing tugasnya.

Bentuk struktur organisasi menjadi faktor yang paling penting di dalam mencapai tujuan instansi itu sendiri, struktur organisasi yang baik mempunyai pengaruh yang cukup besar bagi efektifitas dan efisiensi sebuah instansi. Dalam pencapaian tujuannya, maka perlu dibentuk struktur organisasi dan pembagian tugas dari setiap bagian yang saling berhubungan.

Struktur organisasi lebih diletakkan pada hubungan kerjasama antara bagian dengan bagian lainnya yang merupakan mekanisme untuk mengkoordinasikan pekerjaan dalam suatu kesatuan yang harmonis. Berikut struktur organisasi Rumah Sakit Syafira terlihat pada Gambar 2.13.

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.

b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

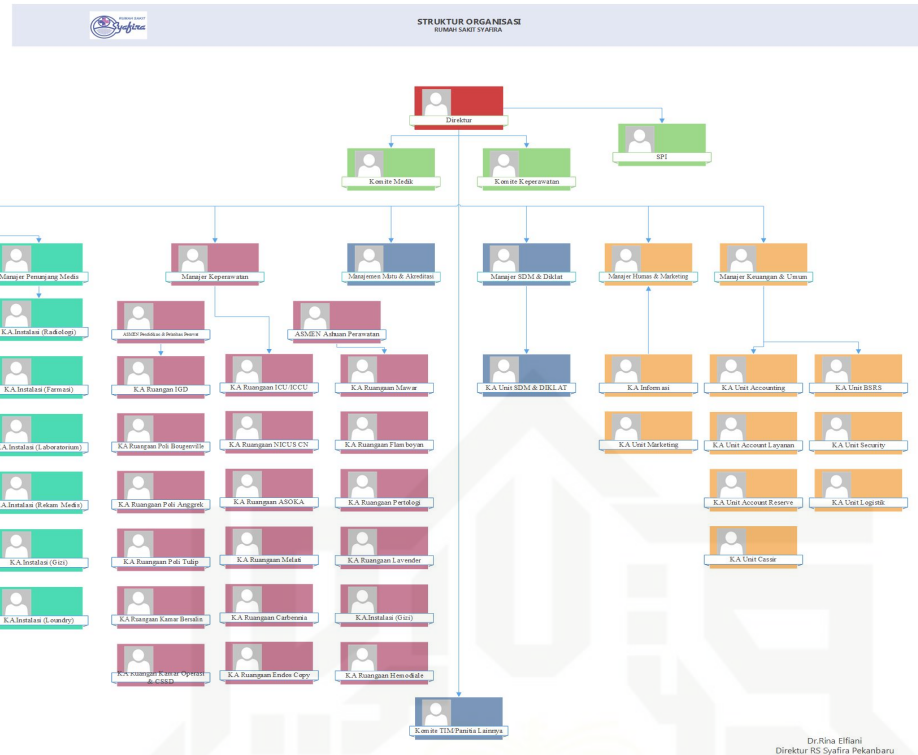
2. Dilarang mengumpukan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

## Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.

b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.



Gambar 2.13. Struktur Organisasi Rumah Sakit Syafira

## Tugas dan Fungsi

### 1. Tugas Direktur

- Sebagai Pemimpin Rumah Sakit.
- Memelihara tata tertib, disiplin, dan tegaknya peraturan di lingkungan RS Syafira.
- Memperhatikan, memelihara dan mengawasi kelancaran dukungan logistic dan administrasi untuk terselenggrakan kegiatan rumah sakit.
- Memperhatikan dan memelihara kesejahteraan karyawan RS.
- Menyelenggarakan pembinaan dan pengendalian kegiatan per-rumah sakitan sesuai dengan perundang-undangan.
- Menjabarkan dan melaksanakan kebijakan Direksi PT. Dianra Kartika Nasir dalam program kerja rumah sakit.
- Merumuskan dan menetapkan kebijakan serta mengendalikan program kegiatan rutin, peningkatan mutu dan pengembangan dari masing-masing bidang atau bagian rumah sakit.
- Merencanakan, mengawasi dan mengendalikan rekrutmen dan pembinaan sumber daya manusia rumah sakit.
- Merencanakan, mengawasi dan mengendalikan ebutuhan sarana prasarana dan fasilitas rumah sakit.

#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

- (j) Mengawasi dan mengendalikan terlaksananya system dan prosedur kerja dalam kegiatan perumah sakitan.
- (k) Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan teknis dan administrasi pelayanan di semua bidang atau bagian rumah sakit.
2. Tugas Manager Pelayanan Medis
  - (a) Mengatur dan mengkoordinasikan seluruh kegiatan bidang pelayanan medis meliputi kegiatan staf pelayanan medis, kegiatan pelayanan di instalasi gawat darurat, instalasi rawat jalan dan klinik khusus, instalasi rawat inap, instalasi kamar bersalin, instalasi kamar operasi, instalasi pelayanan intensif dan perinatology.
  - (b) Merencanakan kebutuhan tenaga medis. Sarana dan fasilitas pelayanan medis.
  - (c) Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi dalam lingkup kewenangan bidang pelayanan medis.
  - (d) Membuat dan menyusun program kegiatan dan anggaran serta rencana kerja bidang pelayanan medis.
  - (e) Merencanakan pengembangan pelayanan medis sesuai dengan kebutuhan.
  - (f) Mengkoordinasikan kegiatan pelayanan medis dengan pelayanan penunjang medis dan pelayanan keperawatan.
  - (g) Mengawasi dan mengendalikan kegiatan, penggunaan sarana dan fasilitas pelayanan medis.
  - (h) Menyusun laporan kinerja pelayanan medis dan menganalisisnya sebagai bahan masukan bagi direksi.
  - (i) Mengkoordinasikan dokter-dokter yang bertugas di semua instalasi pelayanan.
  - (j) Mengusulkan system prosedur pelayanan medis untuk ditindaklanjuti dalam pembahasan di komite medic/SMF.
  - (k) Memfasilitasi komunikasi antara rumah sakit dengan komite medik/SMF.
3. Tugas Manager Penunjang Medis
  - (a) Mengatur dan mengkoordinasikan kegiatan administrasi bidang penunjang medis yang terdiri dari instalasi farmasi, radiologi, laboratorium, rekam medis dan rehabilitas medic dan KTK.
  - (b) Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi dalam lingkup kewenangan bidang penunjang medis.
  - (c) Merencanakan kebutuhan tenaga, sarana dan fasilitas penunjang



#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

- medis.
- (d) Membuat dan menyusun program kegiatan dan anggaran serta rencana kerja bidang penunjang medis.
- (e) Merencanakan pengembangan penunjang medis sesuai dengan kebutuhan.
- (f) Mengkoordinasikan kegiatan penunjang medis dengan pelayanan medis dan pelayanan keperawatan.
- (g) Mengawasi dan mengendalikan kegiatan, penggunaan sarana dan fasilitas dan penunjang medis.
- (h) Menyusun laporan kinerja penunjang medis dan menganalisisnya sebagai bahan masukan bagi Direksi.
- (i) Mengusulkan system prosedur penunjang medis untuk ditindak lanjuti oleh Direksi.
- (j) Mengawasi dan mengendalikan terlaksananya system prosedur penunjang medis.
- (k) Mengawasi dan mengendalikan terlaksananya stock opname secara periodic per triwulan persediaan obat-obatan atau farmasi dan peralatan kesehatan yang ada di masing-masing instalasi rumah sakit.
4. Tugas Manager Keperawatan
  - (a) Mengatur dan mengkoordinasikan seluruh kegiatan bidang keperawatan, di instalasi gawat darurat, instalasi rawat jalan dan klinik khusus, instalasi rawat inap, instalasi kamar bersalin, instalasi kamar operasi, instalasi pelayanan intensif dan perinatologi.
  - (b) Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan asuhan keperawatan, etika dan disiplin profesi serta mutu keperawatan dari tenaga keperawatan yang berfungsi di instalasi-instalasi pelayanan.
  - (c) Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi dalam lingkup kewenangan bidang keperawatan.
  - (d) Merencanakan kebutuhan tenaga, sarana dan fasilitas keperawatan dan berkoordinasi dengan kepala instalasi pelayanan.
  - (e) Membuat dan menyusun program kegiatan dan anggaran serta rencana kerja bidang keperawatan.
  - (f) Merencanakan pengembangan bidang keperawatan sesuai kebutuhan terkait pelaksanaan asuhan keperawatan, etika dan disiplin profesi serta mutu keperawatan.
  - (g) Mengkoordinasikan kegiatan keperawatan dengan pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis.



**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

- (h) Mengawasi dan mengendalikan kegiatan, penggunaan sarana dan fasilitas keperawatan di instalasi pelayanan.
- (i) Menyusun laporan kinerja keperawatan dan menganalisanya sebagai bahan masukan bagi Direksi.
- (j) Mengusulkan system prosedur keperawatan untuk ditindak lanjuti oleh Direksi.
- (k) Mengawasi dan mengendalikan terlaksananya system prosedur keperawatan.

5. Tugas Manager SDM

- (a) Mengatur dan mengkoordinasikan seluruh kegiatan bagian personalia yang terdiri dari urusan pembinaan, rekrutmen, kesejahteraan dan pendidikan dan latihan karyawan rumah sakit.
- (b) Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi kepegawaian meliputi pengadaan tenaga, penempatan atau mutasi, penilaian prestasi kinerja.
- (c) Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi pemisahan karyawan (pemberhentian atau pemutusan hubungan kerja) yang sesuai dari aturan pokok. kepegawaian yang berlaku dan mengacu pada ketentuan departemen tenaga kerja.
- (d) Merencanakan dan mengkoordinasi dengan masing-masing bidang atau bagian kebutuhan tenaga rumah sakit baik dalam jumlah maupun kualifikasi.
- (e) Merencanakan kebutuhan tenaga, sarana dan fasilitas bagian personalia.
- (f) Membuat dan menyusun program kegiatan dan anggaran serta rencana kerja bagian personalia.
- (g) Mengawasi dan mengendalikan kegiatan, system prosedur, penggunaan sarana dan fasilitas bagian personalia.
- (h) Menyusun laporan kinerja bagian personalia dan menganalisanya sebagai bahan masukan bagi Direksi.
- (i) Melaksanakan dan menjaga kerahasiaan dokumen dan data kepegawaian
- (j) Membantu Direksi dalam menciptakan hubungan yang harmonis antara karyawan dan antar unit kerja sehingga tercipta suasana kerja yang mendorong peningkatan prestasi setiap karyawan.

6. Tugas Manager Keuangan

- (a) Mengatur dan mengkoordinasikan seluruh kegiatan keuangan yang ter-

**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

- diri dari urusan akuntansi, piutang, hitang, pajak dan kasir.
  - (b) Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi keuangan.
  - (c) Merencanakan dan mengkoordinasikan dengan masing-masing bidang atau bagian mengenai anggaran biaya.
  - (d) Merencanakan anggaran, sarana dan fasilitas bagian keuangan.
  - (e) Membuat dan menyusun program kegiatan dan anggaran serta rencana kerja bagian keuangan.
  - (f) Mengawasi dan mengendalikan kegiatan, system prosedur, penggunaan sarana dan fasilitas bagian keuangan.
  - (g) Menyusun laporan kinerja bagian keuangan dan menganalisanya sebagai bahan masukan bagi Direksi.
  - (h) Melaksanakan dan menjaga kerahasiaan dokumen dan data keuangan.
7. Tugas Manager Humas dan Marketing
  - (a) Menyusun strategi pemasaran marketing berdasarkan visi, misi, tujuan dan analisa SWOT cakupan bagian marketing.
  - (b) Mengatur dan mengkoordinasikan seluruh kegiatan bagian marketing yang terdiri dari Urusan Front Office dan Customer Service dan Urusan Marketing Back Office dan Personal Customer Officer (PCO).
  - (c) Mengkoordinasikan dan melaksanakan kegiatan promosi, pengembangan produk dan penentuan tarif rumah sakit dan sebagainya sesuai kaidah pemasaran pada umumnya dan prinsip etika pemasaran rumah sakit.
  - (d) Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi marketing dan customer service.
  - (e) Merencanakan kebutuhan tenaga, sarana dan fasilitas bagian marketing.
  - (f) Membuat dan menyusun program kegiatan dan anggaran serta rencana kerja bagian marketing.
  - (g) Mengawasi dan mengendalikan kegiatan, system prosedur, penggunaan sarana dan fasilitas bagian marketing.
  - (h) Menyusun laporan kinerja bagian marketing dan menganalisanya sebagai bahan masukan bagi Direksi.
8. Tugas SPI (Satuan Pemeriksaan Internal)
  - (a) Membantu Direktur dalam melakukan pemeriksaan terhadap bagian atau bidang dalam melaksanakan kebijakan dan pedoman yang ditetapkan Direktur Rumah Sakit.
  - (b) Membantu Direktur dalam melakukan pemeriksaan terhadap bagian



#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

atau bidang dalam melaksanakan system dan prosedur yang berlaku di rumah sakit sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

- Membantu Direktur dalam pemeriksaan terhadap terhadap pelaksanaan program bagian atau bidang rumah sakit, meliputi kegiatan, jadwal, anggaran dan pencapaian target kinerja.
- Melakukan koordinasi dengan para wakil Direktur dan manger bagian atau bidang dalam melaksanakan tugas.
- Melakukan koordinasi dengan para manager supervise dan pembinaan RS Syafira dan audit internal keuangan RS Syafira terkait hasil pemeriksaan.
- Melaksanakan permintaan khusus dari Direktur RS untuk melakukan pemeriksaan terhadap bagian atau bidang tertentu yang diduga bermasalah.
- Membuat laporan kepada Direktur RS tentang hasil pemeriksaan serta mengajukan usul atau saran perbaikan.
- Membuat laporam kepada Direktur PT. Dianra Kartika Nasir tentang hasil pemeriksaan serta mengajukan usul atau saran perbaikan.

### 2.15 Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Rumah sakit sebagai organisasi mempunyai ciri khasnya sendiri. Dalam bidang sistem informasi, salah satu ciri khas rumah sakit ialah transaksi data yang sangat tinggi dari hari ke hari. Sumber transaksi ini antara lain instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, farmasi, laboratorium, dsb. Sebagai organisasi, rumah sakit mempunyai banyak mitra antara lain pemerintah, pasien, karyawan, suplier, bank, rumah sakit lain, yayasan, dll. Berikut gambaran dari kerjasama rumah sakit dengan pihak lain. Dengan demikian, rumah sakit sebenarnya adalah suatu organisasi yang kompleks sehingga sistem informasi yang dibangun juga cukup rumit. Menurut Jonathan S.R, dikutip dari E. Nugroho dan Dr (2008) sistem informasi rumah sakit pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok subsistem yang besar, yaitu subsistem informasi medis dan subsistem informasi administrasi dan keuangan.

SIMRS Rumah Sakit Syafira Pekabaru telah digunakan sejak tahun 2012 yang dirancang oleh pihak ketiga. Pengguna dari SIMRS ini terdiri dari:

#### 1. *Registration* / Pendaftaran

User Bagian *Registration* bertugas dalam pengurusan awal pendaftaran pasien (kartu pasien), jika pasien tidak memiliki kartu dianggap sebagai pasien baru.



1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

## 2. Rekam Medis

User Rekam Medis bertugas dalam pengurusan Assembling (kode penyakit, Filling (status), menyiapkan dokumen medis pasien dan melampirkan patient label.

## 3. Perawat

User Perawat bertugas dalam pengurusan semua tindakan pada rawat inap, rawat jalan, UGD dan Penunjang Medis.

## 4. Apotik

User Apotik bertugas dalam pengurusan farmasi atau semua yang berhubungan dengan obat-obatan.

## 5. Kasir / Billing

User Kasir bertugas dalam pengurusan semua akuntansi yang terjadi dalam Rumah sakit. Bisa melalui FO-BO transfer, deposit maupun cash atau pembayaran tunai.

## 6. Umum

User Umum bertugas dalam pengurusan Aset, Daftar Pegawai, Gizi, Laboratorium, Logistic, radiologi, dan akreditasi.

Berikut ini fungsi-fungsi pada SIMRS:

Tampilan halaman *login* Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) pada Rumah Sakit Syafira yang bernama *GRAPHASOFT* terlihat pada Gambar 2.14.



**Gambar 2.14.** Halaman Login Administrator SIMRS

SIMRS berada dibawah tanggung jawab KA Informasi yang merupakan salah satu bagian dari Rumah Sakit Syafira Pekanbaru. KA Informasi memiliki tanggung jawab penuh terhadap penerapan SIMRS dibawah pantauan Manager Humas dan Marketing.

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

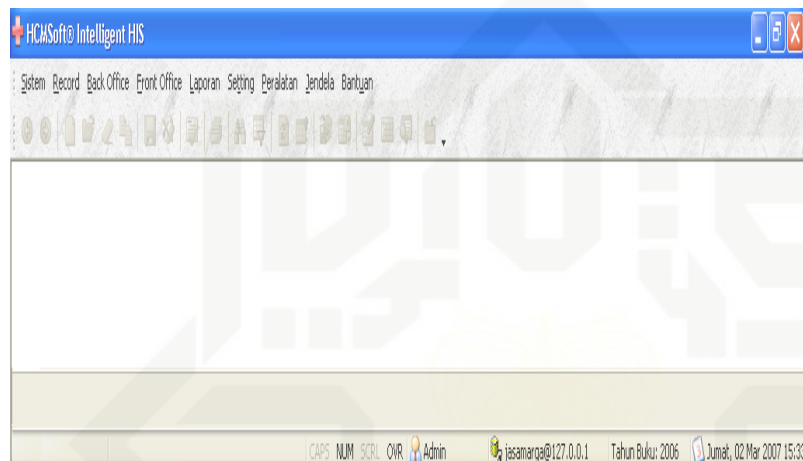
1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

Pada sistem *GRAPHASOFT* terdapat beberapa fungsi yang bisa digunakan oleh user/operator dalam membantu proses pelayanan pada *GRAPHASOFT*. Beberapa fungsi tersebut diantaranya adalah:

1. Menu Utama Menu Utama program terdiri dari:

Pada bagian atas:

- (a) Drop down menu: berisi modul-modul dan fungsi utama program ini.
- (b) Action bar menu: berisi tombol untuk aksi-aksi seperti new, edit, delete dsb. Fungsi-fungsi pada *SIMRS* terdapat pada Gambar 2.15.



**Gambar 2.15.** Tampilan fungsi pada *SIMRS*

Pada bagian bawah:

- (a) Status Bar: Message, Hint, Keyboard status, User, Database, Fiscal Year dan Current Date.

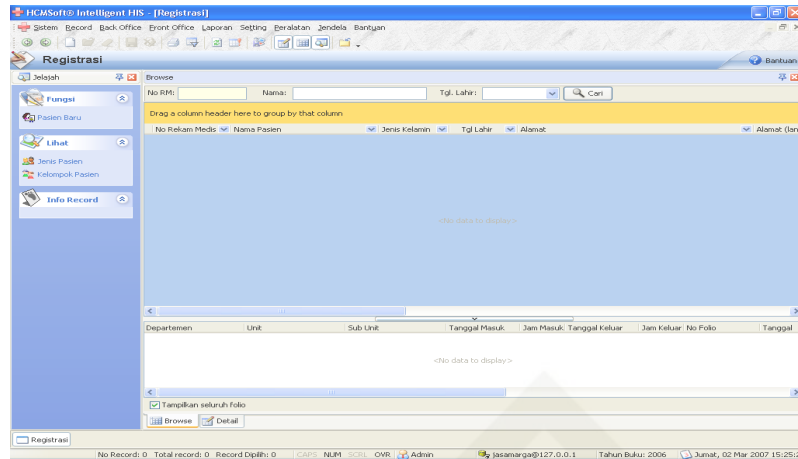
Drop down menu berisi modul dan fungsi yang bisa diakses masing-masing user sehingga menu yang muncul mungkin tidak sama dengan apa yang ditunjukkan pada screen shot manual training ini.

2. Pendaftaran

Proses pendaftaran: untuk melakukan proses pendaftaran masuk ke menu *Front Office — Registration*. Gambar pendaftaran pada *SIMRS* terdapat pada Gambar 2.16.

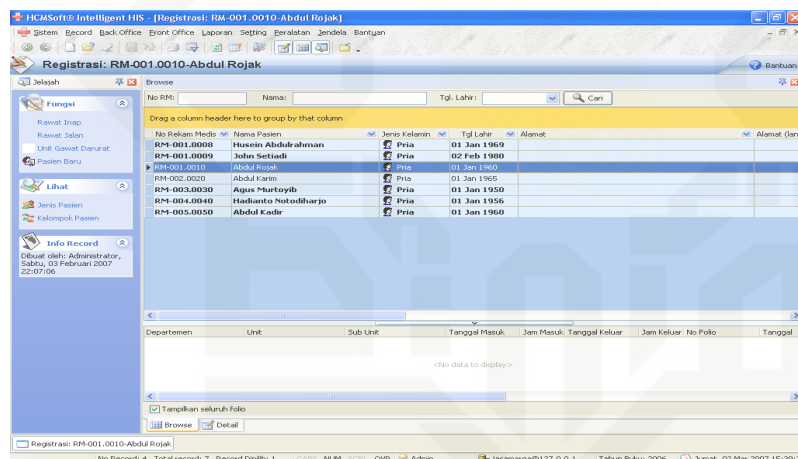
### Hak Cipta Diindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.



**Gambar 2.16.** Tampilan Pendaftaran pada SIMRS

Minta kartu pasien dan Scan kartu pasien. Jika pasien tidak bawa kartu, ketik nama pasien kolom nama lalu click cari (Tanggal lahir dapat pula diisi untuk memperkecil / mempercepat pencarian). Gambar pencarian pendaftaran pada SIMRS terdapat pada Gambar 2.17.



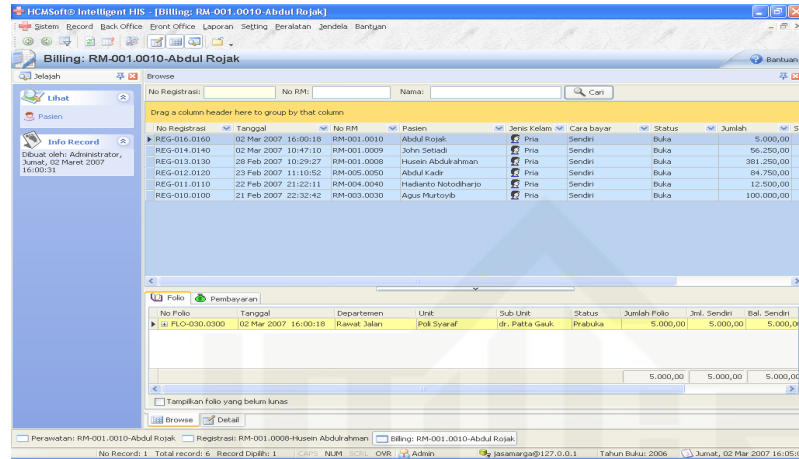
**Gambar 2.17.** Tampilan Pencarian Pendaftaran pada SIMRS

3. *Intermediate Processes*  
Setelah melalui proses registrasi, pasien menunggu di loket *Billing / Kasir*. Setelah struk registrasi dan kartu pasien diberikan kepada bagian *Billing / Kasir*, petugas billing memanggil pasien bersangkutan dan menerima pembayaran.
4. Perawatan/ Pelayanan Medis
  - (a) Rawat Jalan
  - (b) Rawat Inap
5. Pembayaran dan *Billing*

### Hak Cipta Diindungi Undang-Undang

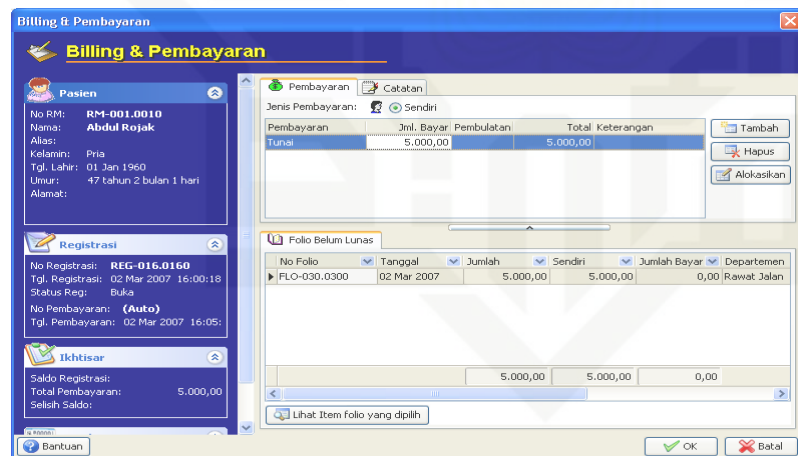
1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumarkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

Untuk melakukan pembayaran dan monitor tagihan pasien pilih menu *Front Office — Billing dan Cashier — Billing*. Tampilan Pembayaran dan *Billing* pada SIMRS tedapat pada Gambar 2.18.



**Gambar 2.18.** Tampilan Pembayaran pada SIMRS

Untuk melakukan pembayaran dan monitor tagihan pasien pilih menu *Front Office — Billing dan Cashier — Billing*. Tampilan Pembayaran dan *Billing* pada SIMRS sebagai berikut pada Gambar 2.19.



**Gambar 2.19.** Tampilan *Billing* pada SIMRS

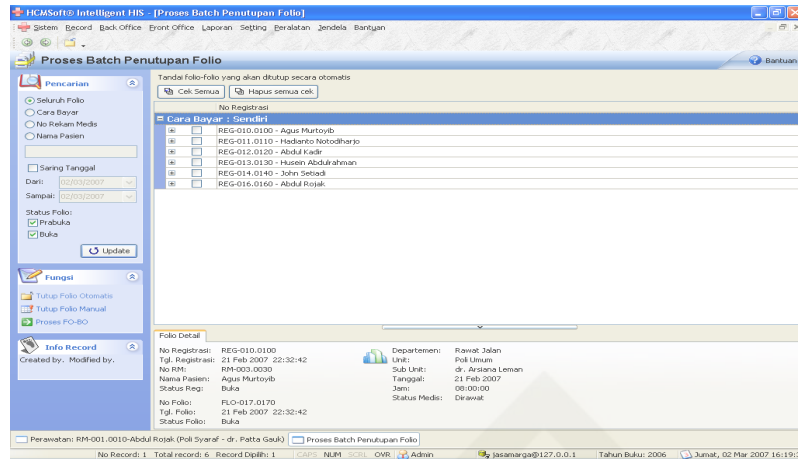
### 6. Batch Process dan FO-BO Transfer

Untuk melakukan proses penutupan folio secara batch atau untuk memeriksa folio-folio mana yang belum ditutup pada hari tertentu, masuk ke menu *Front Office — Billing/Kasir — Proses Batch Penutupan Folio*. Berikut ini tampilan Batch Process dan FO-BO Transfer pada Gambar 2.20.



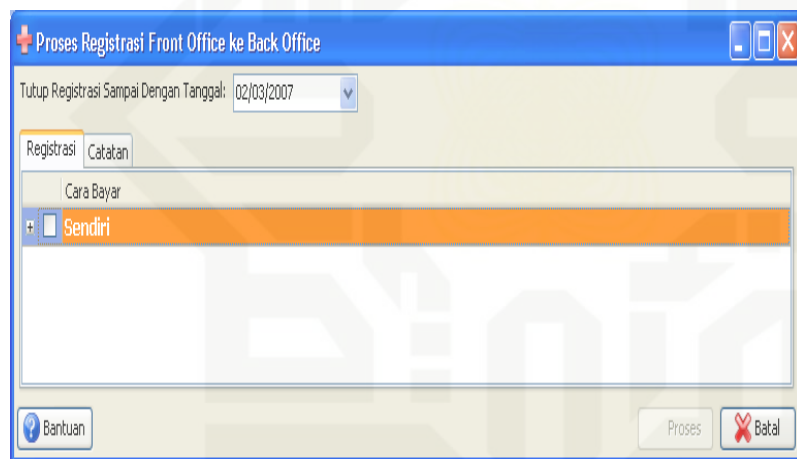
### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengemukakan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.



**Gambar 2.20.** Batch Process dan FO-BO Transfer

Jika semua folio sudah ditutup maka click pada FO-BO Transfer untuk membuat folio-folio pasien kontraktor menjadi AR Invoice. Berikut tampilan AR Invoice pada Gambar 2.21.



**Gambar 2.21.** Process Registrasi Front Office ke Back Office

## 2.16 Penelitian Terdahulu

Berikut ini tabel Penelitian Terdahulu dapat dilihat pada Tabel 2.14.



**Tabel 2.14.** Penelitian Terdahulu

No	Nama	Tahun	Judul	Kesimpulan
1	(Iskandar, Arief, dkk., 2017)	2017	Audit Tata Kelola Teknologi Informasi Pada Perguruan Tinggi Swasta Di Surakarta (Studi Kasus: Politeknik Indonusa Surakarta)	Tingkat kemampuan (Capability Level) penerapan TI Nilai Capability Level pada domain MEA (Monitor, Evaluate and Assess) proses baik MEA01.01, MEA01.02, MEA01.03, MEA01.05 rata-rata 2,7 dan bisa dijelaskan bahwa penggunaan teknologi informasi pada politeknik indonusa surakarta sudah adanya implementasi terhadap teknologi informasi yang ada.
2	(A. B. Nu-groho dan Fahmi, 2015)	2015	Analisis Tingkat Kapabilitas Proses Pengawasan, Evaluasi Dan Penilaian Kinerja, Dan Kesesuaian Sistem Informasi Pada Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang Berdasarkan Cobit 5	Tingkat kapabilitas tata kelola teknologi informasi terkait proses pengawasan, evaluasi dan penilaian, dan kesesuaian sistem informasi pada R-SUD Tugurejo Semarang saat ini berada pada level 2 yaitu Managed. Hal ini menunjukkan bahwa proses pengawasan, evaluasi dan penilaian kinerja, dan kesesuaian TI berada pada tahap dikelola.



**Table 2.14 Penelitian Terdahulu (tabel lanjutan)**

No	Nama	Tahun	Judul	Kesimpulan
3	(Susmita, SE, dan Kom, 2016)	2016	Analisis Tata Kelola Sistem Informasi Manajemen Rsi Pku Muhammadiyah Kabupaten Tegal Menggunakan Framework Cobit 5 (Mea01)	Tingkat kapabilitas terkait pengelolaan data Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Singkil (SIMRS Singkil) saat ini adalah 2 Managed dengan status Largely Achieved sebesar 74,79% atau setara dengan nilai 2,74 dimana pengkomunikasian pengelolaan data belum sepenuhnya dikelola dengan baik.
4	(Savira dan Sari, 2016)	2016	Analisis It Governance Dengan Domain Mea01 Dalam Pelaksanaan E-Health Menggunakan Kerangka Kerja Cobit 5 Pada Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah	Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah level berada pada level 1 yaitu Performed Process dengan status Largely Achieved dan pencapaian nilai sebesar 83,33% atau setara dengan nilai 1,83 dimana pengkomunikasian mengenai perencanaan dari performa proses monitoring kinerja dan kesesuaian masih belum sepenuhnya dikelola dengan baik.
5	(Zhafarina dan Wi-bowo, 2016)	2016	Evaluasi Sistem E-Government Berdasarkan Cobit 5 Dengan Domain Mea01 Pada Badan Kepegawaian Daerah Kota Semarang	Tingkat Kapabilitas tata kelola TI terkait proses evaluasi sistem EGovernment pada Badan Kepegawaian Daerah Kota Semarang saat ini adalah di level 2 yang berarti masih kurang dan harus dikembangkan lagi ke level 3 (Established) dengan banyak perbaikan.

**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

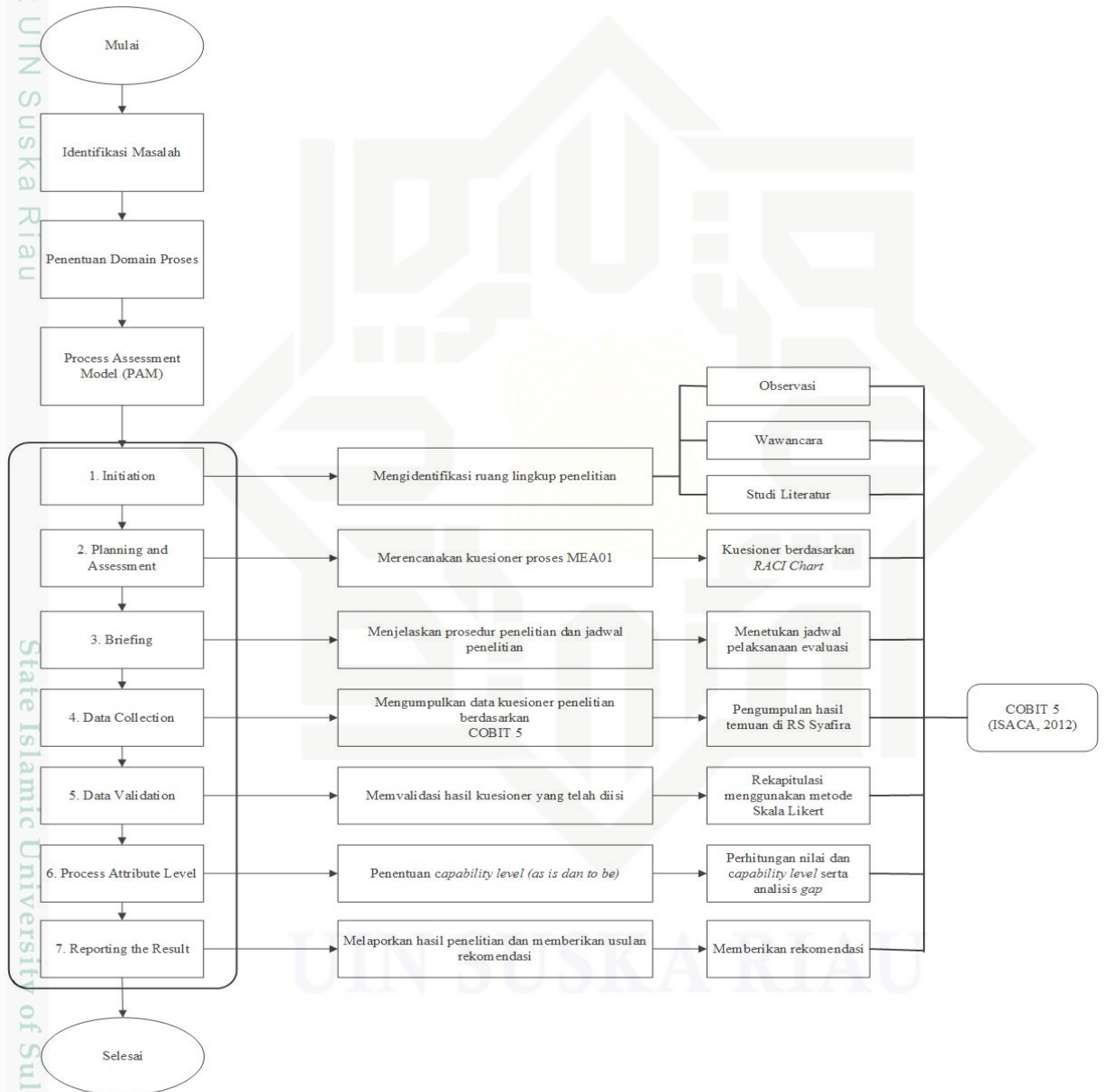
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

## BAB 3

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Penelitian

Kerangka penelitian merupakan langkah demi langkah dalam melakukan penelitian. Berikut ini dijelaskan tahapan melakukan penelitian ini pada Gambar 3.1.



Gambar 3.1. Kerangka Penelitian



### 3.2 Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah metode kualitatif, yaitu dengan menekankan pada aspek pemahaman terhadap suatu permasalahan yang dalam hal ini menggunakan studi kasus, yaitu suatu cara informasi dan melaporkan hasilnya dalam studi kasus ini, metode pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dipandu berdasarkan pertanyaan COBIT 5, selain itu juga dilakukan observasi untuk memperkuat hasil penelitian.

### 3.3 Pengumpulan Data

#### 3.3.1 Observasi

Observasi dilakukan pada Rumah Sakit Syafira yang bertempat di JL. Jendral No. 134, Tangkerang Tengah, Kec. Marpoyan Damai, Kota Pekanbaru, Riau 28282. Observasi dilakukan selama 5 bulan kurang lebih pada setiap hari kerja, yaitu mulai dari bulan Oktober 2019 sampai bulan Februari 2020. Observasi ini dilakukan melalui pengamatan secara langsung mengenai kegiatan yang berkaitan dengan tata kelola teknologi informasi yang ada pada Rumah Sakit Syafira. Kegiatan ini dilakukan dibawah bimbingan ibuk Megawati, S.Kom, M.T.

#### 3.3.2 Wawancara

Mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada narasumber terkait objek yang diteliti. Yang menjadi narasumber dalam wawancara ini adalah Head IT Operation pada Rumah Sakit Syafira Pekanbaru dan Bagian Staff manajemen yaitu bagian keperwatan dan pendaftaran Rumah Sakit Syafira. Wawancara dapat dilihat pada Lampiran A.

Instrument dari wawancara adalah mencari data yang diperlukan dalam penelitian seperti gambaran umum mengenai Rumah Sakit Syafira visi dan misi, pengelolaan TI, struktur organisasi, program kerja, peraturan/kebijakan, permasalahan yang sedang dihadapi, sistem informasi yang berjalan serta kendala yang dihaadapi yang berkaitan dengan tata kelola teknologi informasi. Proses wawancara juga dilakukan dalam pengumpulan data untuk mengetahui *capability level* terhadap responden berdasarkan RACI Chart, dimana pertanyaan wawancara yang digunakan peneliti mengacu pada *output* COBIT 5.

#### 3.3.3 Studi Literatur

Sebelum melakukan penelitian tugas akhir, peneliti melakukan studi literatur terlebih dahulu. Studi literatur dilakukan mulai dari mempelajari teori mengenai pengelolaan IT, mengenai COBIT 5 sebagai *Framework* dalam pengelolaan IT, serta mempelajari tentang Rumah Sakit Syafira Pekanbaru. Studi literatur dilakukan di berbagai sumber yang dapat dipercaya, mulai dari buku, jurnal, artikel, dan berita

di internet.

Studi Literatur juga dilakukan dengan mengumpulkan data-data berupa deskripsi atau penjelasan yang berhubungan dengan yang teliti. Pengumpulan data dilakukan dengan meninjau ulang beberapa jurnal-jurnal yang disebutkan pada latar belakang. Terdiri dari beberapa jurnal yang terkait dan referensi buku yang menjadi pedoman untuk melakukan penelitian terkait, serta dokumentasi-dokumentasi pihak Rumah Sakit Syafira. Jurnal-jurnal yang berkaitan dengan audit TI, COBIT 5, dan metodologi-metodologi yang digunakan, serta penelitian-penelitian yang mendukung Tugas Akhir ini.

### 3.4 Metode Analisis Data

#### 3.4.1 Initiation

Pada tahap ini dilakukan pengumpulan data primer yang bertujuan untuk menjelaskan hasil identifikasi dari informasi yang diperoleh langsung dari Rumah Sakit Syafira seperti gambaran umum organisasi dan sebagainya. Selain itu data ada yang dikumpulkan pada tahap ini berupa data pendukung mengenai kondisi yang membantu dalam proses penetapan COBIT 5 untuk dilakukan evaluasi.

#### 3.4.2 Planning the Assesment

Pada tahap ini peneliti melakukan perencanaan dengan menentukan responden yang akan terlibat dalam proses evaluasi. Teknik *sampling* yang digunakan dalam penentuan responden ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan mempertimbangkan berdasarkan kriteria tertentu. Kriteria yang dimaksud dalam penelitian ini adalah dimana setiap *Key Management Practice* pada proses COBIT 5 yang terpilih memiliki *RACI Chart* yang bertanggung jawab terhadap aktivitas-aktivitas didalamnya. Adapun secara lengkap pada kuesioner yang dilakukan.

### 3.5 Briefing

Pada tahap ini peneliti memberikan penjelasan mengenai penelitian evaluasi kepada responden pada Rumah Sakit Syafira sehingga dapat memahami masukan, proses dan keluaran dalam unit organisasi dan proses yang dinilai, dokumen-dokumen yang dibutuhkan, jadwal dan hasil, rekapitulasi wawancara yang telah dijawab oleh para responden sampai pada tahap reporting atau pelaporan dari hasil evaluasi tata kelola teknologi informasi sistem informasi manajemen Rumah Sakit Syafira. Kegiatan penelitian dapat dilihat pada Lampiran D.

### 3.6 Data Collection

Pada tahap ini peneliti melakukan identifikasi terhadap kebutuhan *output* untuk setiap proses yang dilakukan pada Rumah Sakit Syafira sesuai dengan COBIT 5 untuk membuktikan terpenuhinya tingkat kapabilitas yang telah dicapai pada domain yang telah ditentukan sehingga ruang lingkup proses yang dinilai berdasarkan bukti yang objektif.

### 3.7 Data Validation

Pada tahap ini peneliti melakukan validasi terhadap hasil temuan dokumen yang ditunjukkan oleh para responden sesuai dengan RACI *Chart* proses domain yang telah ditetapkan dengan memastikan bahwa dokumentasi yang disampaikan oleh responden merupakan data yang akurat dan cukup meliputi penilaian. Hasil pencapaian kuesioner dapat dilihat pada Lampiran B.

### 3.8 Proses Attribute Level

Pada tahap ini peneliti melakukan rekapitulasi terhadap seluruh proses yang ada pada proses domain yang telah ditetapkan dan melakukan pengecekan Generic Work Product (GWP) secara bertahap pada proses domain MEA01 yang telah ditetapkan apakah proses tersebut telah memenuhi persyaratan atas dokumentasi yang harus terpenuhi pada masing-masing *level*, penilaian dilakukan berdasarkan data yang telah divalidasi pada tahap sebelumnya. Bukti ceklis hasil Generic Work Product (GWP) dapat dilihat pada Lampiran C.

### 3.9 Reporting the Result

Pada tahap ini peneliti melaporkan hasil evaluasi tata kelola teknologi informasi sistem informasi manajemen rumah sakit berupa hasil temuan, aktivitas setiap proses, dan *Gap* yang bertujuan untuk memberikan rekomendasi yang diusulkan oleh peneliti untuk memperbaiki kekurangan yang ada berdasarkan hasil penelitian.

1. Penentuan *Gap* Penentuan *Gap* dapat dilakukan setelah mengetahui kondisi saat ini (*as is*) dan kondisi yang diharapkan (*to be*). *Gap* diperoleh dari kekurangan pada tiap aktivitas, output, input, dan data-data pada *Generic Work Product* yang belum terpenuhi.
2. Rekomendasi Rekomendasi merupakan usulan untuk aktifitas perbaikan, usulan perbaikan yang disarankan mengarah pada Rumah Sakit Syafira sesuai level yang diharapkan. Perbaikan dibuat sesuai dengan hasil pengukuran, berdasarkan kepada proses-proses atribut yang ada pada masing-masing level kapabilitas, dan analisis kesenjangan. Strategi perbaikan ini dapat digunakan sebagai referensi untuk perbaikan selanjutnya.



## BAB 5

### PENUTUP

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis yang telah diuraikan pada pembahasan bab sebelumnya terkait Evaluasi Tingkat Kapabilitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Berdasarkan *Framework* COBIT 5 (MEA01), dalam hal ini maka peneliti dapat memberikan kesimpulan sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi MEA01 yang ada pada RS Syafira mencapai tingkatan kemampuan atau capability level, di tingkatan level 2 (*Managed Process*) yang hasil penilaiannya sebesar 2,43. Sedangkan tingkatan kemampuan yang diharapkan pada level 5 (*Optimizing Process*) yang mempunyai nilai kemampuan sebesar 4,43. Di antara rentang nilai di level 2 dan level 5 ada selisih 3,00. Maka demikian dalam pencapaian level tingkatan yang diharapkan maka stakeholder dan yang terlibat dalam organisasi harus mewujudkan petunjuk capability level *Work Product* atau *Generic Work Products (WPs)* dan (*GWPs*) untuk level 2 yang saat ini belum sepenuhnya tercapai.
2. Hasil dari mengidentifikasi (*Capability Level*) yang diharapkan RS Syafira harus mengurangi kesenjangan yang menghasilkan pedoman berdasarkan SOP dan membuat *Term of Reference (TOR)* atau Kerangka Acuan Kerja (KAK) dalam perbaikan proses yang ada di level saat ini.
3. Rekomendasi untuk menutup kesenjangan di RS Syafira dapat membuat SOP sesuai pedoman metode COBIT 5 (MEA01) dalam menyempurnakan kriteria level 2 hingga level 3, dan juga menghasilkan laporan dokumentasi pada setiap kegiatan sistem, pada seluruh kegiatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).

#### 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan dan analisa yang telah dibahas sebelumnya, peneliti memberikan saran untuk peningkatan pengelolaan maupun evaluasi pada Rumah Sakit Syafira, yaitu:

1. Rumah Sakit Syafira disarankan untuk mempertimbangkan dan melakukan semua rekomendasi sebagai usulan perbaikan dan maupun pengembangan pada proses MEA01 (*Monitor, Evaluate and Assess Performance and Conformance*) dalam penelitian ini.
2. Disarankan agar peneliti selanjutnya dapat menggunakan skala pengukuran yang berbeda dalam mengelola data kuesioner, sehingga dapat menghasil-





#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

kan pengukuran yang berbeda, seperti *Guttman* dan *Rating scale*.

3. Disarankan peneliti selanjutnya dapat menggunakan proses domain yang berbeda pada kerangka kerja COBIT 5, sehingga mendapatkan hasil evaluasi yang beragam.
4. Disarankan peneliti selanjutnya dapat menggunakan atau menambahkan kerangka kerja lainnya seperti ITIL, ISO, TOGAF dan sebagainya sehingga mendapatkan hasil rekomendasi yang berbeda dan dapat digunakan sebagai bahan perbandingan dengan kerangka kerja *framework* yang telah diterapkan.



UIN SUSKA RIAU



## DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, E. (2015). Pengukuran tingkat kapabilitas tata kelola teknologi informasi dan rekomendasi perbaikan berdasarkan kerangka kerja cobit 5 studi kasus: Pusat informasi dan hubungan masyarakat (pinmas) kementerian agama ri. *Universitas Indonesia*.
- Arifin, Z. (2013). *Evaluasi instruksional: prinsip-teknik-prosedur bandung*: Remaja rosdakarya.
- Arikunto, S. (2010). *Metode penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Audit, I. S., Association, C., dan Isaca. (2012). *Cobit 5: Implementation*. ISACA.
- Breton, M. D., Kovatchev, B. P., Budiman, E. S., dan Doniger, K. J. (2014, May 6). *Method, system and computer program product for real-time detection of sensitivity decline in analyte sensors*. Google Patents. (US Patent 8,718,958)
- Cahyani, U., Aknuranda, I., dan Perdanakusuma, A. R. (2017). Evaluasi layanan bpjstk mobile dengan menggunakan domain deliver, service and support berdasarkan framework cobit 5 (studi kasus: Bpjs ketenagakerjaan cabang mataram). *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi dan Ilmu Komputer e-ISSN, 2548, 964X*.
- Glandon, G. L., Smaltz, D. H., Slovensky, D. J., dan Boxerman, S. B. (2008). *Austin and boxerman's information systems for healthcare management*. Health Administration Press.
- Indrajit, R. E. (2016). Konsep dasar tata kelola teknologi informasi. Diakses dari [https://www.academia.edu/30100457/Tata\\_Kelola\\_Teknologi\\_Informasi](https://www.academia.edu/30100457/Tata_Kelola_Teknologi_Informasi) [diakses juni 2017].
- ISACA. (2012). *Cobit 5: A business framework for the governance and management of enterprise it*. Isaca.
- ISACA. (2012a). *Enabling processes : Using cobit 5*. Isaca. Retrieved from [http://kupdf.net/download/Enabling-Processess-using-cobit-5\\_5a1a9300e2b6f51578765730\\_pdf](http://kupdf.net/download/Enabling-Processess-using-cobit-5_5a1a9300e2b6f51578765730_pdf)
- ISACA. (2012b). *Implementation : Using cobit 5*. Isaca. Retrieved from [http://kupdf.net/download/Implemntation-using-cobit-5\\_5a1a9300e2b6f51578765730\\_pdf](http://kupdf.net/download/Implemntation-using-cobit-5_5a1a9300e2b6f51578765730_pdf)
- ISACA. (2012c). *Process assessment model (pam): Using cobit 5*. Isaca. Retrieved from [http://kupdf.net/download/process-assessment-model-pam-using-cobit-5\\_5a1a9300e2b6f51578765730\\_pdf](http://kupdf.net/download/process-assessment-model-pam-using-cobit-5_5a1a9300e2b6f51578765730_pdf)
- ISACA. (2012d). *Process reference guide : Using cobit 5*. Isaca. Retrieved from <http://kupdf.net/download/process-reference-guide>

2. Dilarang mengumunkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.
- using-cobit-5\_5a1a9300e2b6f51578765730\_pdf
- ISACA, C. (2013). 5: Process assessment model (pam)-using cobit 5. *Illinois: Isaca*.
- Iskandar, D., Arief, M. R., dkk. (2017). Audit tata kelola teknologi informasi pada perguruan tinggi swasta di surakarta (studi kasus: Politeknik indonusa surakarta). *Jurnal Informa*, 3(1), 10–21.
- Jogiyanto, H. (2017). Sistem tatakelola teknologi informasi.
- Khairunnisa, Y., dkk. (n.d.). *Evaluasi tata kelola teknologi informasi menggunakan framework cobit 5 (studi kasus: Universitas pembangunan nasional “veteran”)* (B.S. thesis). Fakultas Sains dan Teknologi UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Madani, A. (2020). *Rancang bangun sistem audit tata kelola teknologi informasi menggunakan framework cobit 4.1* (Unpublished doctoral dissertation). Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau.
- Megawati, M., dan Firnandi, R. (2017). Analisis perbandingan metode tam dan u-taut dalam mengevaluasi penerimaan pengguna sistem informasi manajemen rumah sakit (simrs)(studi kasus: Rumah sakit jiwa tampan provinsi riau). Dalam *Seminar nasional teknologi informasi komunikasi dan industri* (hal. 299–307).
- Nugroho, A. B., dan Fahmi, A. (2015). Analisis tingkat kapabilitas sistem informasi rumah sakit berdasarkan cobit 5 (mea01) pada rsud tugurejo semarang. *Techno. Com*, 14(4), 291–298.
- Nugroho, E., dan Dr, I. (2008). Sistem informasi manajemen. *Jakarta: Gramedia*.
- Nugroho, R., Suryono, R. R., dan Darwis, D. (2016). Audit tata kelola teknologi informasi untuk integritas data menggunakan framework cobit 5 pada pt kereta api indonesia (persero) divre iv tnk. *Jurnal Teknoinfo*, 10(1), 20–25.
- Sasongko, N. (2009). Pengukuran kinerja teknologi informasi menggunakan framework cobit versi. 4.1, ping test dan caat pada pt. bank x tbk. di bandung. Dalam *Seminar nasional aplikasi teknologi informasi (snati)*.
- Savira, R. B., dan Sari, W. S. (2016). Analisis it governance dengan domain mea01 dalam pelaksanaan e-health menggunakan kerangka kerja cobit 5 pada dinas kesehatan provinsi jawa tengah. *Techno. Com*, 15(1), 48–57.
- Shelly, T. (2012). Evaluasi sistem informasi manajemen di bagian rawat jalan rumah sakit umum bhakti yudha depok tahun 2012. *Depok: Universitas Indonesia*.
- Sidiq, M. (2018). Penerapan sistem informasi manajemen di rumah sakit putri hijau medan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 17(02), 30–35.
- Sugiyono, P. (2015). Metode penelitian kombinasi (mixed methods). *Bandung:*



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

Alfabeta.

Surendro, K. (2009). Implementasi tata kelola teknologi informasi. *Bandung: Informatika*.

Susmita, M., SE, H. P. H., dan Kom, M. (2016). Analisis tata kelola sistem informasi manajemen rsi pku muhammadiyah kabupaten tegal menggunakan framework cobit 5 (mea01).

Yuli, A. (2011). *Mekanisme tatakelola teknologi informasi terhadap kinerja organisasi dengan keselarasan strategi sebagai variabel intervening* (Unpublished doctoral dissertation). Universitas Andalas.

Yuliar, S. (2009). Tata kelola teknologi: Perspektif teori jaringan aktor. *Penerbit ITB*.

Zhafarina, V., dan Wibowo, S. (2016). Evaluasi sistem e-goverment berdasarkan cobit 5 dengan domain mea01 pada badan kepegawaian daerah kota semarang. *JOINS (Journal of Information System)*, 1(2), 128–139.

Zulkarnaen, D. R., Wahyudi, R., dan Wijanarko, A. (2017). Audit sistem informasi pada rumah sakit umum daerah banyumas menggunakan framework cobit 4.1. *Probisnis*, 10(2).



## LAMPIRAN A

### HASIL WAWANCARA

#### A.1 WAWANCARA I

##### A.1.1 Penjelasan Wawancara

Assalammu'alaikum wr,wb. Selamat pagi/siang/sore saya Rahma Sari Syafitri. Mahasiswa Universitas Sultan Syarif Kasim Riau, Program Studi Sistem Informasi. Yang sedang melakukan Penelitian atau Tugas Akhir (TA) dengan judul Evaluasi Tingkat Kapabilitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Berdasarkan *Framework* COBIT 5 (MEA01).

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi terhadap SIMRS yang saat ini sudah berjalan guna menyelesaikan studi saya. Maksud dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan informasi sebanyak-banyaknya mengenai implementasi SIMRS Rumah Sakit ini. Bapak/Ibu dapat menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar apa saja, karena hal tersebut sangat bernilai bagi penelitian ini. Segala informasi yang Bapak/Ibu sampaikan akan terjaga kerahasiannya. Pada penelitian ini, saya akan menggunakan alat perekam handphone dan catatan untuk membantu ingatan peneliti.

Saya sangat mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu untuk membantu memberikan informasi sehubungan dengan penelitian ini. Atas bantuan dan Partisipasinya, saya ucapkan Terima kasih.

##### A.1.2 Daftar Pertanyaan Wawancara

Narasumber : Bapak Bambang

Jabatan : Tenaga IT Rumah Sakit Syafira

Tanggal Wawancara : 22-Oktober 2019

1. Sudah berapa lama Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Syafira berjalan dan apa nama lain dari SIMRS Rumah Sakit Syafira?

Jawab: Sudah sejak tahun 2012. GRAPHASOFT tetapi setiap rumah sakit yang ada namanya SIMRS itu.

2. Bagaimana perencanaan kebijakan SIMRS yang berjalan saat ini?

Jawab: Tidak ada perencanaannya, jadi hanya berdasarkan presentasi dari para vendor dulu. Dan kebijakannya Rumah Sakit Syafira setiap unit harus menggunakan SIMRS karena Rumah Sakit Syafira sudah terintegrasi dari Pendaftaran sampai Administrasi jadi semua yang menyangkut pada pasien harus diinputkan ke sistem, Jadi setiap unit harus menggunakan SIMRS.

3. Bagaimana mekanisme pemilihan kebijakan SIMRS yang berjalan saat ini?

Jawab: Untuk apa namanya sejarah ini, waktu saya masuk sudah ada yang

Hak Cipta Diindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

tau itu atasan saya, tapi sekarang dia sudah keluar, jadi sejarahnya itu awalnya adanya presentasi dari masing-masing vendor, lalu atasan me acc vendor tersebut, tidak ada kerjasama bagian IT, main langsung pilih, tidak didiskusikan mana yang bagus, vendor A atau vendor B mana kelebihan dan kekurangannya, lalu langsung dikontrak dengan PT tersebut.

4. Bagaimana spesifikasi SIMRS yang saat ini diimplementasikan?

Jawab: Kalau sistemnya itu berbasis web, jadi tidak perlu di install di setiap komputer, kalau bahasa pemogramannya kita pake teknologi ASP Net, kalau database Pakai Microsoft SQL, server nya sudah 3 supaya tidak berat usernya, kalau tampilannya kita pakai internet explorer.

5. Menurut pendapat bapak, bagaimana manfaat yang dirasakan dengan adanya SIMRS saat ini?

Jawab: Kelebihannya transaksinya lebih cepat, dalam pencarian data lebih mudah, kalau untuk registrasi kita punya medical record karena dirumah sakit yang paling penting itu harus berdasarkan medical record, karena itu data yang sangat mahal, bisa lihat fluktuasinya penyakit dari tahun ke tahun, kita juga nyiapin obat-obatnya dll.

6. Menurut pendapat anda, kekurangan apa saja yang ada pada SIMRS yang ada saat ini?

Jawab: Kekurangannya selama berjalan, pada tahun 2012 aplikasi ini berjalan kurang lebih 80% masih bisa dibilang semi manual, error-error atau bugs-bugs yang ada di rumah saki ini, kekurangannya satu karena tidak full saat pembeliannya masih belum ada program untuk HRD, SDM, lalu source code untuk SIMRS dikunci oleh vendor, Jadi istilahnya source code kita ini dipake sistem closed source,dan akhirnya tidak bisa diapa-apain, Makanya kalau ada masalah program bergantung sama vendor, untuk biayanya baru lagi dan mahal. Dan juga dari pihak IT sendiri belum ada SOP masihnya.

7. Saat ini berapa kira-kira presentase aktivitas rumah sakit yang masih harus dikerjakan secara manual?

Jawab: Semuanya sudah menggunakan komputer, tetapi 10% masih adalah manual.

8. Menurut bapak bagaimana kualitas aplikasi SIMRS saat ini?

Jawab: User mudah menggunakannya, aplikasi ini sebenarnya sudah kompleks alurnya juga sudah enak, pengentriannya juga, tetapi masih kurang friendly karena selalu ada aja masalah kadang dalam penggunaannya dan akhirnya kami bagian IT bolak-balik memperbaikinya.

9. Apakah SIMRS yang ada saat ini dapat dikembangkan?

#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

Jawab: Kita tidak bisa mengembangkan dengan sendirinya, karena source kodingnya dikunci sama vendornya, kalau mau pengembangan kita harus kembali ke vendornya, kalau buat database kita buat report sendiri, tetapi kalau mau merubah secara spesifik di program kita tidak bisa, karena sudah baku dari dia.

10. Saran pengembangan apa yang menurut bapak bagi SIMRS rumah sakit ini?

Jawab: Kalau lebih baik, harus benar-benar perfect ya semuanya, untuk kebutuhan saat ini cukup, tapi kalau menurut management segala macam masih kurang harusnya dia bisa melihat realtime segala macam tetapi ini tidak bisa, masukannya saran saya ya membuat SIMRS sejago apapun anak seorang IT walaupun akuntingnya ada, dokternya tidak ada maka itu tidak baik dalam tim membuat SIMRS ini, jadi dokter harus ada dokter yang mengetahui manajemennya ya, dia harus tau alur rumah sakit seperti apa, stuktur yang bagus seperti apa, karena mempengaruhi ke sistem rumah sakit, dan yang paling penting akuntingnya dia belajar IT.

#### A.2 WAWANCARA II

Narasumber : Bapak Bambang

Jabatan : Tenaga IT Rumah Sakit Syafira

Tanggal Wawancara : Kamis, 21- November-2019

1. Apakah pernah mengvaluasi SIMRS sebelumnya pak?

Jawab: Belum ada kalau dari mahasiswa yang mengevaluasi SIMRS, kalau tenaga IT di rumah sakit ada yang memantaunya.

2. Apakah sudah ada SOP dalam mnejalankan SIMRS?

Jawab: SOP Rumah Sakit ada, kalau khusus untuk SIMRS belum ada, di rumah sakit syafira ini, tetapi setiap unit sudah mengetahui masing masing apa yang dikerjakan dalam menjalankan tugasnya. Kan dalam menjalankan SIMRS sudah terintegrasi satu sama lain ya, kalau ada pasien yang berobat tentu sudah mengetahui identitas pasien tersebut dari awal, karena dari unit pelayanan awalnya sudah menginput data pasiennya. Dan akan berkelanjutan sampai pasien selesai berobat.

3. Apakah ada laporan dalam bentuk dokumnetasi hasil monitoring kepada direktur Rumah Sakit sebagai bahan acuan evaluasi kinerja SIMRS?

Jawab: Ada, laporan kepada direktur rumah sakit, tetapi tindakan evaluasi dibuatnya SOP masih kurang, karena kurangnya pengawasan kepada yang menjalankan SIMRS, jika terjadinya error pada sistem maka tenaga IT yang langsung memperbaiki.



1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

4. Apakah ada pelatihan khusus kepada karyawan dalam menjalankan SIMRS?  
Jawab: : Pelatihan khususnya, kalau pelatihan ada, tapi kurang efesien juga buktinya dalam saat menjalankan sistem kadang ada pegawai yang menginput data pasien dua kali.
5. Apakah ada standard dan kebijakan dalam manajemen resiko? Kalau ada ISO yang digunakan apa?  
Jawab: Ada, Saya kurang mengetahui ISO berapa.
6. Apakah ada pengawasan monitor khusus yang dilakukan jika SIMRS error?  
Jawab: Secara berkala dalam waktu yang terus menerus masih kurang, tetapi ada itulah guna tenaga IT di rumah sakit jika terjadi kegagalan sistem mereka yang bertanggung jawab dalam memperbaiki sistem agar pelayanan rumah sakit kembali seperti normal kembali.
7. Jumlah Pegawai yang menggunakan SIMRS (GRAPHASOFT) berapa orang pak? Jawab: Kurang lebih setengah dari pegawai rumah sakit.

### A.3 WAWANCARA III

Narasumber : Bapak Bambang

Jabatan : Tenaga IT Rumah Sakit Syafira

Tanggal Wawancara : Kamis, 7- Februari-2020

**Tabel A.1.** Hasil wawancara ke tiga dengan Head IT RS Syafira

No	Government Practice	Pertanyaan	Jawaban
1	MEA01.01 (Establish a Monitoring Approach) / Menetapkan Pendekatan Pemantauan.	<p>- Bagaimana tata kelola dalam melakukan analisa dan evaluasi di RS Syafira?</p> <p>- Bagaimana proses pengambilan keputusan dalam pembuatan sistem informasi?</p> <p>- Apakah diadakan rapat terlebih dahulu dari dewan direksi?</p>	<p>- Paling cuma dengan pengumpulan data yang dibutuhkan, sama ini aja terus diskusi dengan direksi yang saling terkait</p> <p>- Ya, prosesnya dibuat dulu perancangannya, terus pelaksanaanya, nanti dilihat dulu, dipresentasikan dan di acc oleh Direktur</p> <p>- Ya, diadakan rapat terlebih dahulu dari dewan direksi</p>





**Table A.1 Hasil wawancara ke tiga dengan Head IT RS Syafira (tabel lanjutan)**

No	Government	Prac-	Pertanyaan	Jawaban
	tice			
			- Apakah sistem dibuat melalui analisis-analisis yang dilakukan?	- Ya, melalui analisis-analisis yang dilakukan
2	MEA01.02 Performance Conformance Targets) / Menetapkan Target Kinerja dan Kesesuaian.	(Set and Tar-	- Apakah divisi IT bertanggung jawab sepenuhnya dalam melakukan evaluasi sistem?	- Ya, sepenuhnya divisi IT
			- Apakah ada divisi lain yang melakukan evaluasi sistem?	- Ada, kalau masalah pada divisi pendaftaran, maka divisi tersebut juga ikut campur dalam melakukan evaluasi
3	MEA01.03 (Collect and Process Performance and Conformance Data) / Mengumpulkan dan Memproses Data Kinerja dan Kesesuaian.	(Col-	- Bagaimana proses pengumpulan atau pengecekan data dilakukan?	- Kalau pengecekan data, tarik data terus di cek datanya
			- Adakah jadwal dalam melakukan penginputan data?	- Waktunya tidak ditentukan, ketika ada data baru di input
			- Apakah sering terjadi penumpukan data akibat salah input?	- Ya, kalau user salah input data maka terjadi penumpukan data, tetapi langsung juga diatasi agar tidak menumpuk



**Table A.1 Hasil wawancara ke tiga dengan Head IT RS Syafira (tabel lanjutan)**

No	Government Practice	Pertanyaan	Jawaban
4	MEA01.04 (Analyse and Report Performance) / Menganalisis dan Melaporkan Kinerja.	<p>- Apakah ada SOP atau Buku Panduan dalam penggunaan sistem?</p> <p>- Siapa yang bertanggung jawab monitoring sistem?</p> <p>- Adakah jadwal dalam monitoring sistem?</p> <p>- Apakah laporan hasil monitoring di cetak atau di dokumentasikan?</p>	<p>- Ada, setiap divisi ada SOP nya</p> <p>- Yang bertanggung jawab dalam pengontrolan sistem adalah Divisi IT</p> <p>- Tidak ada jadwal khusus, ketika ada terjadi kesalahan pada sistem barulah di atasi</p> <p>- Paling dalam bentuk ceklisan</p>
5	MEA01.05 (Ensure the Implementation of Corrective Actions) / Memastikan Implementasi terhadap Tindakan yang Korektif.	<p>- Jika terjadi kesalahan sistem apakah divisi IT langsung yang menanganinya?</p> <p>- Atau ada Staff khusus yang menanganinya?</p>	<p>- Ya, langsung divisi IT, ada pihak ketiga yaitu orang yang bekerja sama dengan pembuatan Graphasoft</p> <p>- Ada, jika dibutuhkan yang menangani kesalahan yang terjadi</p>

#### **A.4 WAWANCARA IV**

Narasumber : Serli Novita Sari S.K.M

Jabatan : Admin Rumah Sakit Syafira

Tanggal Wawancara : Kamis, 20-Agustus-2020

1. Pada penggunaan SIMRS apa manfaat bagi pelayanan pada RS Syafira?  
Jawab: Dapat meningkatkan kualitas pelayanan. Karena kalau pakai



#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

kumpter kan identitas pasien mudah dibaca kalau manual kan tulisan orang beda-beda ya ada juga kan susah sekali dibacanya kasir juga jadi lebih cepat dan untuk mencari arsip lebih cepat kalau dari kumputer jadi pasiennya bisa dilayani lebih cepat.

2. Berapa persentase penggunaan secara manual?

Jawab: 99% sudah pakai kumputer.

3. Bagaimana tampilan desain dan kelengkapan isi pada SIMRS?

Jawab: Sudah bagus, sudah lengkap, cukuplah.

4. Bagaimana kualitas tampilan antar muka sistem?

Jawab: Sudah lengkap untuk mengisi data pasien sudah ada formnya di komputer.

5. Apakah mudah penggunaan SIMRS dengan desain yang ada?

Jawab: Mudah kok. Mudah dimengerti.

6. Apakah mudah dalam penggunaan menu pada SIMRS?

Jawab: Tampilan menunya cukup jelas dan mudah dipakai.

7. Apakah mudah dalam memasukkan data pada SIMRS?

Jawab: Mudah karena begitu di klik langsung bisa. Tapi kalau memasukkan data harus pakai huruf cetak karena yang di print harus huruf cetak.

8. Apakah lama dalam pengubahan data jika, terjadi kesalahan dalam input data?

Jawab: Tidak lama, tetapi menjadi lama bila sedang padat, jadi kalau lagi padat digunakan komputernya, sistemnya suka lama kerjanya. Dan kode baru untuk instansi misalnya harus di masukin manual diketik satu-satu.

9. Apakah mudah dalam mengentri banyak data?

Jawab: Cukup mudah. Namun saat tertentu mungkin karena pemakaian bengkok jadi, sering hang. Tapi ya jarang sekitar 5x perbulan.

10. Apakah mudah dalam memperbaiki kesalahan entri data?

Jawab: Cukup mudah.

11. Apakah ada pengamanan sistem pada SIMRS?

Jawab: Ada sistem password dan ada tulisan siapa yang update terakhir.

12. Bagaimana kecepatan SIMRS dalam melakukan fungsi kerjanya?

Jawab: Cukup cepat, kecuali sedang banyak menggunakan, seperti stock opname, nanti jadi lama.

13. Bagaimana kinerja sistem jenis komunikasi dalam memasukkan data pasien?

Jawab: Memasukkan data pasien nanti datanya masuk kebagian yang di entri. Gitu aja sih.

#### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

14. Bagaimana kinerja sistem pada integrasi sistem?  
Jawab: Sudah cukup baik, tapi sampai sekarang masih tidak bisa mastiin kamar yang kosong dirawat inap, soalnya disitanya sudah kosong, tapi tempatnya sudah dipesan, misalnya ada pasien dari kamar lain yang ingin pindah ke kamar itu, tetapi kan datanya tidak masuk ke sistem, jadi disananya ditulisin dulu dipapan, kita harus menelfon dulu untuk mastiin. Dan juga kalau pada rawat jalan, kita masih manual untuk tau dokternya sudah datang apa belum, jadi kalau pasien ingin dokter yang cepat datang harus manual, ditelfon terlebih dahulu.
15. Bagaimana kinerja sistem apakah sudah akurat?  
Jawab: Sudah cukup akurat, kecuali untuk data kamar kosong rawat inap.
16. Pada kinerja sistem apakah sudah cukup pengamanan pada sistem?  
Jawab: Cukup baik, kan ada password untuk setiap orang, cuma kalau orangnya malas, jadi lupa nutup akhirnya dipake orang lain, tapi sekarang udah disiasatin ya, kalau lama online itu menentukan kinerja, jadi kalau dia tidak nutup dulu sebelum pergi, terus ada yang nemuin kalau yang nemuin itu pakai password orang yang sebelumnya dia yang rugi, nambah nilai kinerja orang, dia sendiri jadi sedikit kinerjanya, Tapi emang susah juga sih, karena kita karna kadang kita lupa ini kumpoter itu pake password siapa, soalnya tidak ada tandanya, jadi kalau ragu biasanya saya tutup aja dulu.
17. Bagaimana kinerja sistem terhadap ketepatan waktu?  
Jawab: Kadang tepat waktu kalau tidak error.
18. Bagaimana kinerja sistem mempengaruhi terhadap kualitas kerja?  
Jawab: Iya karena bekerja bisa lebih cepat.
19. Bagaimana kinerja sistem mempengaruhi terhadap efesiensi kerja?  
Jawab Jelas lebih efisien dong.
20. Apakah kinerja sistem mempengaruhi bagi kontrol kerja?  
Jawab: Mempengaruhi. Kecuali untuk rekam medik yang masih manual. Kalau tidak bisa di kontrol maka salah-salah nanti.
21. Apakah kinerja sistem dapat membantu pekerjaan?  
Jawab: Iya membantu.
22. Bagaimana kinerja sistem terhadap keamanan bekerja?  
Jawab: Iya karena kelihatan siapa updatenya jadinya ketahuan siapa yang ngerjain kalau ada yang salah-salah.
23. Bagaimana kualitas layanan pada dukungan departemen IT pada SIMRS?  
Jawab: Cepat tanggapnya sih petugas IT nya. kalau misalnya tiba-tiba ngehang gitu kalau orang lagi sibuk biasanya orang ITnya langsung datang dan



**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

benerin, Tapi memang untuk memasukkan nomor rekam medis pasien kan sampai saat ini masih manual ya, kita sebenarnya sudah memberikan masukan kepada petugas IT untuk bisa otomatis, tapi belum bisa kayaknya.

24. Bagaimana kualitas layanan terhadap SIMRS secara keseluruhan?

Jawab: Puas. Tapi akan lebih puas semuanya serba otomatis sistemnya.

25. Apakah ada saran perbaikan terhadap pengembangan SIMRS?

Jawab:

- (a) Mungkin perlu ya untuk ada namanya siapa gitu di monitor yang lagi online. Jadi bisa ingat. Ini sebenarnya kadang-kadang ada si namanya. Tapi sering hilang gitu lama-lama.
- (b) Bagus juga kalau misalnya kita lupa tutup, terus kita buka di tempat lain. Terus di tempatnya sebelumnya langsung tertutup.
- (c) Jangan sering tiba-tiba error kalau lagi cepat-cepat. Kalau lagi lama-lama.
- (d) Kalau bisa kedatangan dokter juga bisa online jadi disini juga bisa tau dokter siapa yang sudah datang gitu.

## A.5 WAWANCARA V

Narasumber : Fitri Amelia S.K.M

Jabatan : Perawat Poliklinik Rumah Sakit Syafira

Tanggal Wawancara : Kamis, 20-Agustus-2020

1. Pada penggunaan SIMRS apa manfaat bagi pelayanan pada RS Syafira?

Jawab: Bermanfaat untuk liat biaya kalau di politeknik.

2. Berapa persentase penggunaan secara manual?

Jawab: Kira 20% manual kalau saya.

3. Bagaimana tampilan desain dan kelengkapan isi pada SIMRS?

Jawab: Udah cukup bagus kalau menarik sekali nanti pusing gunainnya. Kalau lengkap sudah lengkap bias lihat daftar pasien.

4. Bagaimana kualitas tampilan antar muka sistem?

Jawab: Sudah bagus kita bisa lihat daftar pasien, jumlahnya, nama-namanya, bentuk laporannya juga mudah dilihat.

5. Apakah mudah penggunaan SIMRS dengan desain yang ada?

Jawab: Mudah. Ngak sampai satu minggu sudah mengerti. Soalnya kan di poli kerjanya masukin diagnosa aja sama lihat jumlah pasien.

6. Apakah mudah dalam penggunaan menu pada SIMRS?

Jawab: Karena kita dipoli tidak bisa lihat hasil lab paling cuma lihat jumlah pasien lihat biaya tindakan jadi ngak ribet.

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

7. Apakah mudah dalam memasukkan data pada SIMRS?

Jawab: Tidak susah sih karena sudah tau mana yang diklik dan diketik.

8. Apakah mudah dalam pengubahan data jika, terjadi kesalahan dalam input data?

Jawab: Cukup mudah asalkan belum bayar ke kasir aja.

9. Apakah mudah dalam mengentri banyak data?

Jawab: Kalau pasien banyak, ngentri terakhir, pasien terlebih dahulu, nulis pun terakhir, ditumpukin terlebih dahulu, nanti kalau ditulis baru di entriin, soalnya kan harus satu-satu pasien di masukan, kalau kebanyakan kadang hang, misalnya sering juga kalau entri diagnosa MR namanya kan diklik-klik in pas mau di save diagnosanya kelurannya tidak direspon.

10. Apakah mudah dalam memperbaiki kesalahan entri data?

Jawab: Kalau diagnosa sudah ada tandanya, asalkan belum kekasir kalau udah kekasir sudah dikunci.

11. Apakah ada pengamanan sistem pada SIMRS?

Jawab: Tidak ada pengaman khusus sih, jadi bisa orang lain bisa ganti-gantian yang saya kerjain kalau memang perlu.

12. Bagaimana kecepatan SIMRS dalam melakukan fungsi kerjanya?

Jawab: Kalau melihat diagnosa hari-hari sebelumnya lama.

13. Bagaimana kinerja sistem jenis komunikasi dalam memasukkan data pasien?

Jawab: Informasi yang saya pakai paling jaminan atau bukan dan mau ke dokter mana. Kita masukin diagnosa pasiennya sama tindakan. Terus tindakan apa yang dilakukan. Buat stock opname obat juga. Kalau untuk komunikasi misal ada yang harus dikonfirmasi atau salah gitu harus ditelfon manual langsung kasi tau orangnya misalnya pasien daftar bedah tapi kok dimasukain ke daftar internis.

14. Bagaimana kinerja sistem pada integrasi sistem?

Jawab: Sudah cukup baik. Tapi dari rawat jalan ke rawat inap belum bisa. Jadi tidak bisa lihat rawat inap. Dan kalau untuk laporan harian walaupun sudah ada datanya di x tapi tidak akurat jadi tetap percaya yang manual kalau untuk laporan ke manajemen.

15. Bagaimana kinerja sistem apakah sudah akurat?

Jawab: Masih tidak akurat tentang data pasien daftar karena pasien yang daftar lewat menelfon apakah sudah diinput dulu ke sistem padahal pasien belum tentu datang atau tidak kan. Sementara pasien kalau sudah selesai diperiksa oleh dokter sudah pemeriksaan jadi bingung di komputer ada 10

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

sedangkan pasien yang datang ada 7 jadi tidak sinkron.

16. Pada kinerja sistem apakah sudah cukup pengamanan pada sistem?

Jawab: Kalau sharing password sering juga. Tidak ada pengamanan khusus jadi orang bisa ganti-ganti yang saya kerjain kalau memang perlu.

17. Bagaimana kinerja sistem terhadap ketepatan waktu?

Jawab: Untuk mencari diagnosis kemarin-kemarin lama.

18. Bagaimana kinerja sistem mempengaruhi terhadap kualitas kerja?

Jawab: Meningkatkan si. Tahu berapa pasiennya berapa lagi bisa dicek. Kan biasanya dokter kalau sudah tidak ada pasien langsung pulang. Ternyata masih ada pasien jadi bisa konfirmasi langsung kedokter kalau ada pasien lagi.

19. Bagaimana kinerja sistem mempengaruhi terhadap efisiensi kerja?

Jawab: Menambah kerja juga dan membantu juga sih.

20. Apakah kinerja sistem mempengaruhi bagi kontrol kerja?

Jawab: Ngak juga sama aja.

21. Apakah kinerja sistem dapat membantu pekerjaan?

Jawab: Membantu.

22. Bagaimana kinerja sistem terhadap keamanan bekerja?

Jawab: Sama aja lagian di poli cuma masukin diagnosa dan tindakan.

23. Bagaimana kualitas layanan pada dukungan departemen IT pada SIMRS?

Jawab: Kalau kita ada masalah memang langsung menghubungi pihak IT. Selama ini cepat tanggapnya kalau dipanggil.

24. Bagaimana kualitas layanan terhadap SIMRS secara keseluruhan?

Jawab: Ya puas tidak puas sih. Soalnya masih tetap ngandelin yang manual untuk laporan hariannya.

25. Apakah ada saran perbaikan terhadap pengembangan SIMRS?

Jawab:

- (a) Jangan sering-sering tiba-tiba error. Kalau lagi cepat, cepat. Kalau lagi lama, lama.
- (b) Kalau misalnya saya buka di tempat lain, sebaiknya log out otomatis.



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

## LAMPIRAN B

### KUESIONER PENELITIAN

#### EVALUASI TINGKAT KAPABILITAS SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT (SIMRS) BERDASARKAN *FRAMEWORK* COBIT 5 (MEA01)

 <p>UIN SUSKA RIAU</p>	<p>Assalamualaikum Wr. Wb</p> <p>Bapak/Ibu/Sdr/I yang terhormat,</p> <p>Saya Rahma Sari Syafitri, mahasiswa Program Studi Sistem Informasi Fakultas Sains dan Teknologi Universitas Sultan Syarif Kasim Riau, sedang melakukan penelitian mengenai Evaluasi Tingkat Kapabilitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Berdasarkan <i>Framework</i> COBIT 5 (MEA01).</p> <p>Pada kesempatan ini saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/I untuk dapat berpartisipasi dalam menjawab kuesioner ini. Tidak ada jawaban yang salah dalam kuesioner ini. Seluruh informasi yang diterima diterima dalam kuesioner ini bersifat rahasia dan dipergunakan hanya untuk kepentingan penelitian. Atas kerjasama dan partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/I saya mengucapkan terima kasih.</p>
---	--

#### SELF ASSESSMENT

Kuesioner ini merupakan instrument penelitian mahasiswa Program Studi Sistem Informasi, tujuan dibuatnya kuesioner ini adalah untuk memperoleh data dari para responden Rumah Sakit Syafira yang terkait khususnya bagian yang terkait pada RACI COBIT 5 dalam MEA01, kuesioner ini dikembangkan untuk mengetahui penilaian tingkat kapabilitas saat ini (*as is*) maupun kondisi yang diharapkan (*to be*) dari proses tata kelola TI yaitu *Monitor, Evaluate, and Assess Performance, and Conformance (MEA01)*. Hasil kuesioner selanjutnya dapat dijadikan dasar yang cukup untuk identifikasi prioritas peningkatan (*improvement*) pada proses pengelolaan tata kelola sistem informasi rumah sakit. Untuk mempermudah respon menjawab, kuesioner ini didesain dalam format pilihan ganda, yang terdiri dari beberapa pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan dikelompokkan menurut atribut



**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

kematangan, dan pada setiap pertanyaan memiliki **2 (dua)** jawaban yang masing-masing mewakili kondisi terkini dan kondisi yang diharapkan. Masing-masing pertanyaan mempunyai 6 (enam) pilihan jawaban yang menunjukkan tingkat kematangan terhadap atribut tertentu pada proses pengelolaan konfigurasi. Pilihan tersebut dari **0** sampai **5** secara berturut-turut mempresentasikan tingkat kematangan yang semakin meningkat terhadap suatu, yaitu **0, 1, 2, 3, 4, 5**. Pada kolom “Jawaban”, responden dapat memilih salah satu jawaban yang dianggap bisa mewakili kondisi kematangan baik yang saat ini maupun yang diharapkan, terkait dengan atribut kematangan tertentu dalam proses pengelolaan data dengan memberikan (  $\sqrt{\quad}$  ) pada tempat yang tersedia. Dengan mengetahui posisi kematangan saat ini (*as is*) dan yang diharapkan (*to be*), selanjutnya akan dilakukan analisa yang diharapkan dapat menjadi dalam pendefinisian rancangan solusi untuk perbaikan dalam proses pengelolaan konfigurasi. Untuk kebutuhan di atas diharapkan Bapak/Ibu/Sdr/I sebagai responden dapat memberikan pilihan sebagai jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang diberikan dalam kuesioner ini untuk kemudian dapat kami olah dalam penelitian ini.

Berikut ini merupakan penjelasan kategori jawaban dari skala pencapaian 0 sampai 5.

<b>Skala Pencapaian= 0</b>	Rumah Sakit pada tahap ini, tidak melaksanakan proses proses IT yang seharusnya ada atau belum berhasil mencapai tujuan dari proses IT tersebut.
<b>Skala Pencapaian= 1</b>	Rumah Sakit pada tahap ini, telah berhasil melaksanakan proses IT dan tujuan proses IT tersebut benar-benar tercapai.
<b>Skala Pencapaian= 2</b>	Rumah Sakit pada tahap ini, dalam melaksanakan proses IT dan mencapai tujuannya dilaksanakan secara terkelola dengan baik, sehingga ada penilaian lebih karena pelaksanaan dan pencapaiannya dilakukan dengan pengelolaan yang baik. Pengelolaan berupa proses perencanaan, evaluasi dan penyesuaian untuk ke arah yang lebih baik lagi.
<b>Skala Pencapaian= 3</b>	Rumah Sakit pada tahap ini, memiliki proses-proses IT yang sudah distandarkan dalam lingkup organisasi secara keseluruhan. Artinya sudah memiliki standar proses yang berlaku diseluruh lingkup organisasi tersebut.
<b>Skala Pencapaian= 4</b>	Rumah Sakit pada tahap ini, telah menjalankan proses IT dalam batasan-batasan yang sudah pasti (misalkan batasan waktu) dan proses yang dijalankan telah memiliki hasil. Batasan-batasan yang ada dihasilkan dari pengukuran yang telah dilakukan pada saat pelaksanaan proses IT sebelumnya.

**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

<b>Skala Pencapaian= 5</b>	Rumah Sakit pada tahap ini, organisasi telah melakukan inovasi-inovasi dan melakukan perbaikan yang berkelanjutan untuk meningkatkan kemampuannya.
----------------------------	--

**BAGIAN A. DEMOGRAFI**

Nama Responden		Tanda Tangan
Jabatan Responden		
Unit/Bidang		
Tanggal/Hari		

**BAGIAN B. LEMBAR KUISIONER**

<b>MEA01.01 Establish A Monitoring Approach</b> (Berkaitan dengan keterlibatan para pemangku kepentingan untuk membangun dan memelihara pendekatan monitoring untuk menentukan tujuan, ruang lingkup dan metode untuk mengukur solusi bisnis dan pelayanan dan kontribusi terhadap tujuan perusahaan. Mengintegrasikan pendekatan ini dengan sistem manajemen kinerja perusahaan).													
No	Pernyataan	Saat ini (As Is)					Yang diharapkan (To be)						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1.	Sejauh mana stakeholder mengetahui tujuan dan ruang lingkup dari pelayanan TI.												
2.	Sejauh mana komunikasi antara pihak Devisi IT dengan pihak lainya dalam proses monitoring atau pengawasan serta pelaporan SIMRS.												
3.	Sejauh mana koordinasi secara terus menerus dalam proses monitoring atau pengawasan serta evaluasi baik dalam pengumpulan data maupun pelaporan SIMRS.												
4.	Sejauh mana rencana kerja pada rumah sakit mempengaruhi pencapaian SIMRS dikemudian hari.												
5.	Sejauh mana manajemen rumah sakit telah melakukan atau mengontrol rencana kerja pada SIMRS agar lebih baik.												
6.	Sejauh mana pemantauan pada SIMRS dalam melaksanakan pekerjaan yang prioritas.												

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

[illegible]

### MEA01.02 Set Performance And Coformance Targets

(Bekerja dengan para pemangku kepentingan untuk menentukan, meninjau secara berkala, update dan menyetujui kinerja dan kesesuaian target dalam sistem pengukuran kinerja).

[illegible]

### MEA01.03 Collect And Process Performance And Conformance Data

(Mengumpulkan dan mengolah data tepat waktu dan akurat sesuai dengan pendekatan perusahaan).

[illegible]





**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

MEA01.04 Analyse and report performance													
(Menganalisis dan melaporkan kinerja yaitu laporan kinerja secara berkala dan kesesuaian dalam sistem pemantauan)													
No	Pernyataan	Saat ini (As Is)						Yang diharapkan (To be)					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1.	Sejauh mana TI dalam memudahkan dalam pengambilan keputusan yang efektif dan tepat waktu agar sesuai dengan tujuan SIMRS.												
2.	Sejauh mana perbandingan nilai kinerja pihak internal dan eksternal dalam pencapaian tujuan SIMRS.												
3.	Sejauh mana rekomendasi perubahan pada tujuan SIMRS.												
4.	Sejauh mana Devisi IT melaporkan manajemen sistem kepada stakeholder.												
5.	Sejauh mana Devisi IT melakukan pengawasan, jika terjadi masalah terhadap sistem.												
6.	Sejauh mana pencapaian SIMRS terhadap target kinerja rumah sakit.												

MEA01.05 Ensure The Implementation Of Corrective Actions													
(Membantu para pemangku kepentingan dalam mengidentifikasi, memulai dan pelacakan tindakan korektif untuk mengatasi anomaly).													
No	Pernyataan	Saat ini (As Is)					Yang diharapkan (To be)						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1.	Sejauh mana pihak IT dalam mengatasi masalah dan tindakan penyimpangan yang terjadi pada SIMRS .												
2.	Sejauh mana pihak IT bertanggung jawab pada pengevaluasian SIMRS.												
3.	Sejauh mana pemantauan SIMRS dari hasil evaluasi yang telah dilakukan.												
4.	Sejauh mana pelaporan hasil evaluasi kepada stakeholder atau para pemangku kepentingan.												





### Hak Cipta Diindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

## LAMPIRAN C

### CHECKLIST BUKTI

MEA01 Monitor, Evaluate and Assess Performance and Conformance					
No	Output/Bukti	Deskripsi	Ada	Tidak	Penjelasan
1	Evaluation of enterprise reporting requirements	Evaluasi persyaratan pelaporan perusahaan	v		Renstra
2	Reporting and communications principles	Prinsip-prinsip pelaporan dan komunikasi	v		SPK
3	Rules for validating and approving mandatory reports	Aturan untuk memvalidasi dan menyetujui laporan wajib	v		SOP
4	Assessment of reporting effectiveness	Penilaian efektivitas pelaporan		v	-
5	Performance goals and metrics for process improvement tracking	Sasaran dan metrik kinerja untuk pelacakan peningkatan proses	v		SOP
6	Investment portfolio performance reports	Laporan kinerja portofolio investasi		v	Laporan kinerja portofolio
7	Service level performance reports	Laporan kinerja tingkat layanan	v		Laporan layanan
8	Supplier compliance monitoring review results	Hasil tinjauan pemantauan kepatuhan pemasok	v		RBA
9	Results of programme performance reviews	Hasil ulasan kinerja program	v		Renja
10	Availability, performance and capacity monitoring review reports	Ketersedian tinjauan pemantauan ketersediaan, kinerja, dan kapasitas	v		MONEV
11	Success measures and results	Ukuran dan hasil keberhasilan		v	-
12	Facilities assessment reports	Laporan penilaian fasilitas		v	Laporan penilaian fasilitas
13	Incident status and trends report	Status insiden dan laporan tren		v	-
14	Escalation guidelines	Pedoman eskalasi (peningkatan)		v	SK/Sertifikasi
15	Non-compliance remedial actions	Tindakan perbaikan non-kepatuhan		v	-

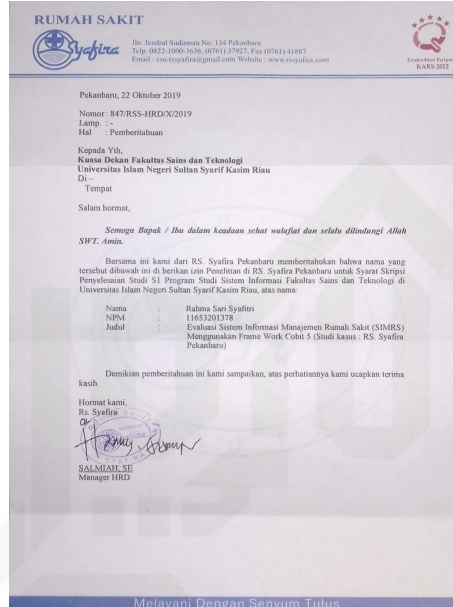


### Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

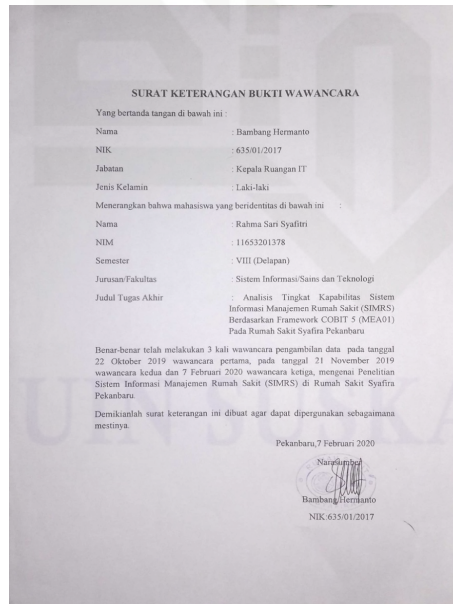
## LAMPIRAN D FOTO KEGIATAN

### 1. Balasan Surat dari Rumah Sakit



Gambar D.1. Surat Balasan Rumah Sakit

### 2. Surat Keterangan Bukti Wawancara



Gambar D.2. Surat Keterangan Wawancara

### 3. Foto saat melakukan wawancara dengan Head IT Rumah Sakit

**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.



**Gambar D.3.** Foto Wawancara

4. Foto saat pengambilan hasil kuesioner dengan HRD Rumah Sakit



**Gambar D.4.** Foto pengambilan kuesioner



## Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar UIN Suska Riau.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin UIN Suska Riau.

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



**RAHMA SARI SYAFITRI** dilahirkan di Kabupaten Agam, Sumatera Barat, tepatnya di Pasia tanggal 30 Desember 1997, sebagai anak keempat dari empat bersaudara dari Ayahanda Bohiran dan Ibunda Elmiza. Penulis beralamatkan di Jl. Nuansa Permai Air Hitam , Kelurahan Binawidya, Kecamatan Tampan, Pekanbaru, Riau. Email :rahmasarisyy@gmail.com, nomor telepon : +6282369526454. Pengalaman pendidikan dimulai dari TK An-Nur Simpang Bukik tahun 2003, Sekolah Dasar Negeri 08 Kubang Duo Koto Panjang pada tahun 2004 hingga tahun 2010. Selanjutnya penulis menyelesaikan pendidikan di MTsN Kubang Putih pada tahun 2010 hingga tahun 20013 dan MAN 1 Model Bukittinggi pada tahun 2013 hingga 2016.

Setelah menyelesaikan pendidikan formal, penulis melanjutkan pendidikan pada tahun 2016 dengan mendaftar sebagai mahasiswa di Universitas Sultan Syarif Kasim Riau dan memilih Program Studi Sistem Informasi Fakultas Sains dan Teknologi, hingga menyelesaikan laporan Tugas Akhir ini pada tahun 2020, Penelitian tugas akhir berjudul : **“Evaluasi Tingkat Kapabilitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Berdasarkan *Framework* COBIT 5 (MEA01)”**.